Rok XLI. Kraków 1 Listopada 1902. Nr. 44.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Z kliniki chirurgicznej Radcy Dworu Prof. Dra Ludwika Rydygiera we Lwowie.

Przyczynek do techniki operacyjnej niektórych przepuklin pachwinowych.

Podał

Dr. M. W. Herman, asystent kliniki.

Statystyka Dr. F. Hahna, zestawiona z 268 przepuklin operowanych doszczętnie w klinice Rydygiera, wykazała, że pod względem trwałości wyleczenia osiągnęliśmy lepsze wyniki metodą Kochera, niżeli metodą Bassini-Postempskiego. Po pierwszej metodzie mamy 4·8% nawrotów, po drugiej zaś — 7·8%. Z liczb tych jednak nie można bez zastrzeżeń wnosić o wyższości metody Kocherowskiej. Tym bowiem sposobem operowaliśmy wyłącznie przepukliny nieduże, z przewodem pachwinowym drożnym zaledwie dla jednego palca. Wszystkie zaś większe i ogromne przepukliny operowane były sposobem Bassini-Postepmskiego. Więc nie dziw, że po tym sposobie mamy więcej nawrotów, boć o nie łatwiej wśród takich warunków. Najprzykrzejszem jest jednak to, że właśnie zasadniczy szczegół modyfikacyi Postempskiego bardzo często przyczynia się do nawrotu cierpienia, gdyż niemal w połowie przypadków obserwowaliśmy nawrót w postaci przepukliny brzusznej w górnym końcu blizny pooperacyjnej, a więc tam, gdzie rozcięte zostały warstwy mięśniowe powłok brzusznych.

Należałoby tedy albo powrócić do pierwotnej metody Bassiniego, albo rozszerzyć wskazania dla metody Kochera. Kiedy już jednak praktyka i doświadczenie przesądziły o wyższości modyfikacyi Postempskiego nad pierwotną metodą Bassiniego, trzebaby przyjąć drugą alternatywę i to tem chętniej, że metoda Kochera (modyfikacya z inwaginacyą) jest prawie idealnie prostą w technice i niemal w takim samym stopniu pewną w wyniku.

A priori jednak wykluczyć się musi wszystkie te przypadki, w których worek przepuklinowy jest tak ściśle z otoczeniem zrośnięty, że go żadną miarą w jakiej takiej ciągłości oddzielić nie można. A to jest *conditio sine qua non* metody Kochera.

Następnie wedle dziś przeważających pojęć, którym także w klinice hołdujemy, do metody tej nie nadają się przypadki z bardzo rozszerzonym przewodem pachwinowym, przepuszczającym 2—3 palce. Niemożność dokładnego zamknięcia przewodu pachwinowego, a w każdym przypadku brak poczucia pewności tego aktu operacyi, odstręcza nas w tych razach od metody Kochera i skłania do użycia metody Bassini-Postempskiego. Tymczasem, jak zaznaczyliśmy na wstępie, nie jest ona bez wad.

W tych zatem przypadkach możnaby użyć kombinacyi metody inwaginacyjnej Kochera i pierwotnej Bassiniego. Plan operacyi byłby wówczas następujący: cięcie skórne ponad przewodem pachwinowym równoległe do więzu Pouparta, od nasady moszen aż do wysokości przedniego kolca biodrowego górnego. Po dokładnem wyizolowaniu worka przepukliwego aż powyżej szyjki, przenicowujemy go i ustalamy w powłokach brzusznych powyżej górnego końca rany skórnej, jak w ostatniej modyfikacyi metody Kocherowskiej. Teraz zamiast od zewnątrz poprzez powięź ścięgnistą mięśnia skośnego zewnętrznego zeszywać ramiona przewodu pachwinowego, przecinamy tę ostatnią od obramienia otworu zewnętrznego przewodu pachwinowego w górę ponad kąt, jaki tworzą ramiona mięśni, ograniczających otwór wewnętrzny przewodu. Następuje odpreparowanie powięzi ścięgnistej m. skośnego zewn. od warstwy mięśniowej pod nią leżącej (ewentualnie także tej ostatniej od otrzewnej). Odpreparowanie to uskuteczniamy oczywiście na obu brzegach *crurium canalis inguinalis* w pasie szerokim na $1^1/_2$—2 ctm. Oddzielony sznurek nasienny podciągamy teraz w górę w sam kąt wytworzony przez nierozcięte mięśnie i pod nim zeszywamy brzegi mięśni ze sobą (w górze), względnie brzeg zewnętrzny mięśnia prostego z więzem Pouparta (w dole), a w końcu ponad sznurkiem nasiennym zeszywamy powięź m. skośnego zewnętrznego, a ponad nią skórę.

W trzech przypadkach, a we wszystkich przewód pachwinowy był rozszerzony na trzy palce poprzeczne, operowaliśmy wedle tego planu w klinice R. Dw. Prof. Rydygiera. We wszystkich trzech technika okazała się bardzo łatwą, a ów dodatek metody Bassiniego do metody wynicowującej Kochera mało wikłał całą operacyę, przedłużając ją zaledwie o kilka minut, gdyż najważniejsza i najtrudniejsza część operacyi, wyosobnienie worku przepuklinowego, już została wykonana.

O ile w przypadkach przepuklin połączonych z szeroką bramą, w których dziś niemal wyłącznie stosowaliśmy modyfikacyę Postempskiego, ta skombinowana metoda okaże się lepszą co do trwałych wyników od tamtej, ocenić nie umiem, boć zaledwie parę miesięcy temu, jak ją poraz pierwszy zastosowaliśmy. Kiedy jednak metoda Kochera, jak i metoda Bassiniego, każda dla siebie ma być operacyą doszczętną, toć tem łacniej powinna nią być kombinacya obu tych sposobów.

Takiem rozumowaniem powodowany, ośmielam się tę skombinowaną metodę podać do łaskawej oceny i zalecić ją do ewentualnych prób, przekonany, że służę dobrej sprawie.

II. Z zakładu Anatomii patologicznej Prof. Dra Browicza w Krakowie.

Przyczynek do poznania zmian anatomo-patologicznych w ostrej białaczce *(Lymphaemia acuta).*

Podał
Dr. Leon Konrad Gliński.
Asystent zakładu.

Wiedza nasza zmian anatomicznych w białaczce od czasu klasycznych prac Virchowa, dotyczących tego przedmiotu, niewiele posunęła się naprzód, o ile naturalnie nie uwzględniać zmian we krwi, gdyż pod tym względem, poczynając od Ehrlicha, piśmiennictwo zostało wzbogacone całym szeregiem cennych prac. Dokładne zaś poznanie zmian anatomicznych w białaczce, podobnie jak i w innych cierpieniach, jest niezwykle ważne ze względu na to, iż one jedynie mogą nam wytłómaczyć całokształt różnorodnych objawów klinicznych, dotychczas częstokroć niezrozumiałych. Te okoliczności zachęcają mnie do opisania następującego przypadku, który zasługuje na uwagę przedewszystkiem ze względu na niezwykłe usadowienie nacieków białaczkowych.

U chłopca jednorocznego [1]) zauważyli rodzice łzawienie i zalepianie się oczu; w kilka tygodni później — zbytnie, dość szybko powiększające się wystawanie gałek ocznych; jednocześnie dziecko przybladło, schudło, wystąpiły wymioty, biegunka; te względy skłoniły rodziców do zasięgnięcia porady lekarskiej. Badanie przedmiotowe wykazało znaczne wychudnięcie całego ciała. Skóra blada, sucha, pomarszczona. Gruczoły karkowe i podszczękowe silnie obrzmiałe; — powiększone są również i gruczoły pachowe, oraz pachwinowe, chociaż w mniejszym stopniu niż karkowe. W płucach, w górnym lewym i dolnym prawym płacie, obfite rzężenia drobne, wilgotne, wydechy prawie oskrzelowe, kaszel nieznaczny. Tony serca czyste, ale bardzo słabe; wątroba niemacalna, śledziona macalna pod łukiem żebrowym, powiększona i twarda. Brzuch silnie wzdęty, powłoki brzuszne napięte. Stolce częste, płynne; wymioty występują prawie po każdem karmieniu. Ciepłota 38,2°, obie gałki oczne silnie wysadzone z oczodołów.

Powyżej przytoczony wynik badania przedmiotowego wzbudził podejrzenie białaczki, co najzupełniej zostało potwierdzonem przez badanie krwi, wykonane przez Dra Gólskiego. Badanie krwi świeżej wykazało znaczne powiększenie ilości krwinek białych: stosunek ich do krwinek czerwonych ma się jak 1:5 (180·416 krwinek białych na 918·750 krwinek czerwonych); odsetek hemoglobiny spadł do 21% (Fleischl). Badanie preparatów ustalonych i barwionych już to triacydem Ehrlicha, już też metodą Chęcińskiego wykazało, iż główna masa krwinek białych składa się z limfocytów (94,4%), podczas gdy ilość neutrofilów wynosi zaledwie 5,3%; tu i owdzie spotykają się nieliczne myelocyty, pośród zaś krwinek czerwonych miejscami są widoczne nieliczne krwinki czerwone jądrzaste.

W krótkim czasie po badaniu dziecko zmarło wśród objawów zapalenia płuc i niedomogi serca. Badanie pośmiertne, które wykonałem w zakładzie anatomii patologicznej prof. Browicza, wykazało co następuje: [2])

Zwłoki dziecka płci męzkiej około 1 roku życia mieć mogącego, średnio zbudowanego, bardzo wynędzniałego. Skóra i błona śluzowa warg blade. Tkanka podskórna na podudziach surowiczo obrzękła. Wszystkie gruczoły chłonne powiększone, zwłaszcza zaś gruczoły na szyi, które tworzą tutaj olbrzymie pakiety. Mięśnie tułowia wiotkie, blade. Szpik kości długich — czerwono zabarwiony. W naczyniach obwodowych (podobnież w zatokach żylnych i w sercu) — już to blado-różowa płynna krew, już też blade, wiotkie, galaretowate skrzepy pośmiertne.

Kości czaszki oraz opona twarda nie okazują nic nieprawidłowego. Natomiast opony miękkie przedstawiają obraz niezwykły: tutaj w obrębie tylnych części płatów ciemieniowych i skroniowych, oraz w obrębie płatów potylicznych, zarówno na sklepistości, jak i na podstawie mózgu, opony miękkie są zgrubiałe, białawo zabarwione; zgrubienia te nie są jednostajne. Najwybitniej występują one wzdłuż naczyń przebiegających w międzyzwojowych rowkach, tworząc tutaj już to długie płaskie taśmowate białawo zabarwione nacieki, wnikające wraz z oponami w rowki międzyzwojowe, już też przedstawiając się w postaci ograniczonych białawych płaskich guziczkowatych zgrubień, dochodzących wielkości ziarna soczewicy. Pojedyncze takie zgrubienia znajdujemy w oponach i poza obrębem rowków międzyzwojowych, tutaj jednak są one mniej liczne. Opisane zmiany są znacznie rozleglejsze po stronie lewej, niż po prawej. Podobne zmiany znajdujemy również i w obrębie opon miękkich móżdżku, lecz tutaj zmiany te są mało rozległe i przedstawiają się wyłącznie w postaci ograniczonych płaskich guziczkowatych zgrubień wzdłuż przebiegu naczyń. Mózg uderza swą niezwykłą bladością, jest nieco więcej ciastowaty, zresztą ma wejrzenie prawidłowe. W obrębie komór mózgowych, móżdżku i rdzenia zmian makroskopowych nie znaleziono.

Przy otwieraniu klatki piersiowej zwracają na siebie uwagę zgrubienia w miejscach połączenia chrząstek żebrowych z kością, przypominające różaniec krzywiczy, różniące się jednakże od zgrubień krzywiczych już na pierwszy rzut oka swym więcej wrzecionowatym kształtem, oraz tem, iż miejsce największego zgrubienia nie odpowiada miejscu połączenia chrząstki z kością, lecz znajduje się dopiero w pewnej odległości od tego miejsca w obrębie kości żebra. Dopiero jednakże badanie żeber na przekroju podłużnym (Fig. I) wykazuje istotny stan sprawy: granica między chrząstką żebrową a kością jest prostolinijna, nierozszerzona; ani chrząstka, ani kość w miejscu połączenia nie są zgrubiałe, natomiast, o ile można sądzić makroskopowo, pomiędzy kością a okostną znajduje się niezbyt twardy, dość sprężysty, różowawo-szaro zabarwiony naciek, który otacza dookoła żebro, dochodząc największej grubości (około $^1/_2$ ctm.) nieco poniżej miejsca połączenia chrząstki z kością; w kierunku ku chrząstce dość nagle urywa się, w kierunku ku kości zwęża się powoli i w końcu w znacznej odległości

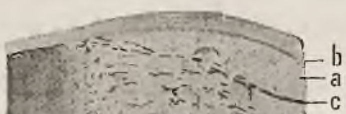


Fig. I. Naciek białaczkowy pod okostną żebra *a.* naciek *b.* okostna *c.* blaszka zewnętrzna (korowa) kości żebra.

[1]) Daty kliniczne przytaczam podług dotyczącej tegoż przypadku pracy Dra Brudzewskiego p. t. „Guzy leukaemiczne pozagałkowe" *(Postęp okulist. 1901. Lipiec);* w pracy tej obszerniej są opisane znalezione w tym przypadku zmiany białaczkowe w oku, o których tutaj tylko pokrótce wspominam. *(Przyp. autora).*

[2]) Celem uniknięcia rozwlekłości, opisuję poniżej obszernie tylko rzeczy rzadsze, o innych zaś zmianach wspominam tylko pokrótce. *(Przypisek autora).*

od miejsca połączenia chrząstki żebrowej z kością znika całkowicie. Opisane zmiany w różnych żebrach występują mniej lub więcej wybitnie, wszędzie jednakowoż już makroskopowo są zupełnie wyraźne, w niektórych zaś żebrach naciek wyraźny makroskopowo ciągnie się na przestrzeni 3—4 ctm. wzdłuż żebra.

Jamy surowicze zawierają mierną ilość cieczy przesączynowej jasnej. Opłucna wogóle jest cienka, gładka, połyskująca; miejscami jednakże opłucna ścienna, a mianowicie w miejscach, gdzie przylega ona do zgrubień na żebrach, jest również zgrubiała; zgrubienia te są dość rozległe, nieprawidłowego kształtu, przypłaszczone. Otrzewna makroskopowo okazuje wejrzenie prawidłowe. Błona śluzowa krtani, tchawicy, gardła, przełyku, prócz znacznej niedokrewności zmian makroskopowych nie okazuje; migdałki niepowiększone. W okrębie narządu oddechowego stwierdzić mogłem tylko nieżyt oskrzeli, oraz nieliczne ogniska zapalne w płucach.

Serce przy powierzchownem oglądaniu przedstawia obraz niezwykły, mianowicie na miejscu bruzdy okrężnej *(sulcus circularis)* wzdłuż przebiegających tutaj naczyń nie znajdujemy zwykle spotykanego zagłębienia, lecz przeciwnie, na pograniczu między przedsionkami a komorami ciągnie się gruby wał, występujący częściowo ku zewnątrz, częściowo zaś w kierunku ku jamom serca; wał ten na przedniej powierzchni serca dochodzi największych rozmiarów, bo grubości małego palca dorosłego człowieka (1,1×0,7 ctm.). Wał ten, jak wskazuje przekrój poprzeczny, utworzony jest przez tkankę różowawo-szarą, dość sprężystą, od tkanki mięsnej makroskopowo wyraźnie odgraniczoną; w środkowej części na przekroju widoczne jest światło naczyń. Podobne wałowate, głównie ku zewnątrz wystające wzniesienia znajdujemy również i wzdłuż naczyń w bruzdach podłużnych *(sulci longitudinales)*, oraz wzdłuż drobniejszych naczyń, których światło jest wszędzie widoczne na poprzecznym przekroju (Fig. II i III). Zmiany te są wogóle wybitniej-



Fig. II. i III. Nacieki białaczkowe dookoła naczyń wieńcowych serca (przekrój poprzeczny); na obydwu rysunkach są również widoczne drobniejsze, wnikające w głąb mięśnia sercowego nacieki.

sze na przedniej powierzchni serca, niż na tylnej; nie dochodzą jednakże tych rozmiarów, co w obrębie bruzdy okrężnej i przybierają tutaj kształt wydłużonych, dość grubych, lecz przypłaszczonych nacieków. Poza temi zmianami serce i osierdzie makroskopowo zmian ważniejszych prócz znacznej niedokrewności mięśnia sercowego nie okazują. Tętnica główna prawidłowo szeroka, bez zmian makroskopowych.

Śledziona w całości powiększona, waży 63 grm. (prawidłowo u 1-rocznego dziecka 20,3 grm.); miąższ jej jędrny, różowo zabarwiony, a na tem tle znajdujemy ogniska więcej szarawo zabarwione, dochodzące wielkości główki od szpilki i więcej, a odpowiadające powiększonym ciałkom Malpighiego.

Nerki również dość znacznie powiększone. Torebka nerek schodzi łatwo; na powierzchni widoczne miejscami dość znaczne wyniosłości, prócz tego zaś liczne wybroczyny, częściowo świeże żywo-czerwone, cześciowo zaś starsze, szaro-łupkowo zabarwione. Na rozkroju widzimy, iż wspomniane wyżej wyniosłości przechodzą bez wyraźnej granicy w miąższ nerki; istota korowa jest dość znacznie rozszerzona, rysunek nerki niewyraźny, miąższ nerek wogóle blady; miąższ istoty korowej prawie biały, a na tem tle spotykają się dość liczne wynaczynionki. Wogóle makroskopowy obraz nerek przypomina do pewnego stopnia obrazy nerek przy zwyrodnieniu skrobiowatem, którego jednakże badanie mikroskopowe za pomocą swoistych odczynników nie stwierdziło. Błona śluzowa miedniczek nerkowych lekko zaczerwieniona, dość licznemi wynaczynionkami upstrzona.

Wątroba lekko powiększona o brzegu nieco zgrubiałym. Waga jej wynosi 460 gramów (prawidłowo u jednorocznego dziecka 330 grm.). Miąższ wątroby jędrny, bladoróżowo zabarwiony, na rozkroju są widoczne liczne dość szerokie białawe pasma, odpowiadające przebiegowi naczyń międzyzrazikowych.

Nadnercza, trzustka, moczowody, pęcherz, oraz części płciowe zmian makroskopowych nie okazują.

Co się tyczy przewodu pokarmowego, to tutaj znaleziono zmiany tylko w obrębie jelit, a mianowicie: w jelicie biodrowem kępy Peyerowskie są jakby obrzmiałe, popowiększane, wystają silnie ponad powierzchnię; ich powierzchnia jest nierówna, usiana drobnemi wyniosłościami, wogóle szaro-łupkowo zabarwiona. Podobnież dość znacznie są popowiększane i gruczoły odosobnione, zarówno w jelitach cienkich, jak i w kiszce.

Prócz powyżej opisanych znaleziono również przy badaniu pośmiertnem dość rozległe zmiany białaczkowe w obrębie narządu wzroku, a mianowicie nacieki białaczkowe w spojówce gałkowej, bardzo rozległy i gruby (do 3 mm. grubości) naciek w naczyniówce, miejscami zachodzący w obręb twardówki, nacieki w mięśniach ocznych, oraz w gruczole łzowym, wreszcie zmiany białaczkowe gruczołów chłonnych w obrębie oczodołu. Zmiany te omówione zostały szczegółowo na innem miejscu przez Dra Brudzewskiego i z tego względu ograniczamy się tutaj tylko do powyższej krótkiej wzmianki. (C. d. n.).

III. Z wrocławskiej kliniki chirurgicznej Prof. Dra Mikulicza.

Przypadek skórzaka okolicy krzyżowej.[1])

Podał

Dr. Adam Czyżewicz, *jun.*

wolontaryusz kliniki.

W półroczu zimowem r. 1901/1902 przyjęto do naszej kliniki chorego ze skórzakiem poza kością krzyżową; zajmujący ten przypadek zamierzyłem pokrótce opisać:

Wywiady: W młodości swej 23 letni pacyent nie chorował nigdy poważnie i ani on sam, ani najbliższa jego rodzina nie zauważyli nigdy żadnej nieprawidłowości na jego ciele. Dopiero z początkiem roku 1901 zwrócił na siebie uwagę chorego fakt, że codziennie znajdował na swej koszuli z tyłu małe plamy ropne, czego dotąd nigdy przedtem nie uważał. Szukając za ich przyczyną, znalazł między pośladkami kilka małych otworków, które wydzielały wspomnioną ropę na koszuli. Ponieważ cała sprawa była zupełnie bezbolesną, przeto chory sądząc, że ma do czynienia z powierzchownem zanieczyszczonem otarciem skóry, przykładał tylko trochę waty, pewny, że wrzodziki wygoją się bardzo prędko. Dopiero gdy z początkiem grudnia 1901 r. wydzielina znacznie się zwiększyła i od czasu do czasu przyłączały się kłójące bóle, zgłosił się 31. stycznia 1902 r. do kliniki.

Stan obecny: Chory więcej niż średniego wzrostu, silnie zbudowany, z bardzo wybitnie, prawie patologicznie, rozwiniętą podściółką tłuszczową skóry. Na całem ciele nadmierne bujanie włosów *(hypertrichosis universalis)*. W narządach wewnętrznych żadnych zmian wykazać nie można; ciepłota ciała nie podwyższona. W rowku pomiędzy pośladkami, ściśle w linii środkowej ciała, znajduje się 7 otworków, wielkości główki od szpilki, o brzegach zupełnie gładkich, nie podminowanych. Leżą one wszystkie w jednej linii, przeciętnie co $^1/_2$ cm. jeden ponad drugim, najniższy 14 cm. ponad otworem stolcowym. Wszystkie są pokryte zaschłą wydzieliną. W otoczeniu ich brak zupełnie zaczerwienienia

[1]) Wyszło równocześnie w Brunsa „Beiträge zur Chirurgie". *(Autor)*.

lub obrzęku skóry. Obmacanie pozwala tylko stwierdzić, że podłoże w najbliższem otoczeniu jest nieco twardsze w porównaniu do sąsiednich części prawidłowych i że przy uciśnięciu pojawiają się w otworkach drobniutkie kropelki ropnej wydzieliny. Badanie zgłębnikiem wykazuje, że otworki drążą około 1 cm. w głąb, z wyjątkiem najniższego, którego głębokość wynosi $2^1/_2$—3 cm. Przy badaniu tem wyczuwa się wszędzie tylko miękkie tkaniny; kości nie napotyka się nigdzie. Krwawienia brak zupełnie. Wszystkie przetoki prowadzą do jednej wspólnej jamy. Badanie przez kiszkę stolcową nie przynosi żadnych wskazówek, bo i tak okolica przetok leży za wysoko, aby ją palcem dosięgnąć. Mikroskopowo składa się wydzielina z wielu ciałek ropnych, w przeważnej części tłuszczowo zwyrodniałych lub rozpadłych, oraz tu i owdzie z komórek nabłonka płaskiego; w hodowlach agarowych wyrasta po zaszczepieniu wydzieliną gronkowiec ropotwórczy biały i złoty w znacznej ilości i kilka kolonij paciorkowca ropotwórczego.

Powyższy wynik badania skłonił nas do rozpoznania t. zw. przetok ogonowych *(fistulae coccygeae)*, choć położenie ich odpowiadało więcej kości krzyżowej, niż ogonowej, a czynnikiem, utwierdzającym w rozpoznaniu, było wykazanie w wydzielinie przybłonków płaskich.

Operacya 5 lutego 1902 r. Nacięcie w linii środkowej przez otwory wszystkich przetok odsłania jamę wielkości jaja gołębiego, leżącą w tkance podskórnej, twardej, widocznie już od dłuższego czasu zapalnie zmienionej. Powierzchnia wewnętrzna jamy jest względnie gładka, zawartość stanowi nieco gęstej, ropnej cieczy, której skład mikroskopowy nie różni się niczem od składu płynu, otrzymywanego przedtem z przetok, oraz splot czarnych, zlepionych włosów. W kierunku ku guzowi prawej kości siedzeniowej znajduje się mała boczna nora na kilka milimetrów długa; zresztą żadnych zatok wykazać nie można. — Operacya polegała na doszczętnem wyłuszczeniu całego torbiela. Sięgał on aż do kości krzyżowej, nie powodując jednak nigdzio ubytku lub zagłębienia w samej kości. Miąższowy krwotok, jaki powstał przy operacyi, wstrzymaliśmy zapomocą wacików namoczonych w wodzie utlenionej *(hydrogenium hyperoxydatum)* i następnie zamknęliśmy ranę srebrnymi i katgutowymi szwami skórnymi. Tylko w górnym biegunie rany pozostawiliśmy dren. Pomimo tego zabezpieczenia powstało w następnym już dniu wynaczynienie krwi do jamy pooperacyjnej i okolicznej tkanki podskórnej, które w krótkim czasie przebiło na zewnątrz w dolnym końcu rany. W celu usunięcia go musieliśmy tu wprowadzić drugi dren. Zresztą sprawa gojenia się przebiegała zupełnie prawidłowo; — 5 marca 1902 r. wypuściliśmy chorego do domu, otwory po drenach zamknęły się jednak zupełnie dopiero w połowie czerwca 1902 r. przy leczeniu ambulatoryjnem.

Otrzymany przy operacyi preparat przedstawia torbiel wielkości gołębiego jaja, o grubych, twardych ścianach, złożonych z tkanki łącznej. Powierzchnia jego wewnętrzna jest matowa, różowo zabarwiona, pokryta tu i owdzie szaro-żółtemi plamami. Przy bliższem oglądaniu zauważyć można na niej delikatną, szarożółtawą siatkę, wystającą nieco ponad powierzchnię. Tylko w jednem miejscu, na przestrzeni mniej więcej korony, brakuje tej siatki zupełnie i tu, zamiast gładkiej powierzchni, widać nieregularną, żywo czerwoną tkankę ziarninową. Tu też znajduje się maleńki otworek, prowadzący do przetoki, znalezionej w głębi przy operacyi. — Mikroskopowo składa się cała ściana torbiela na przekroju poprzecznym z 3 warstw. Od zewnątrz około 5 mm. gruby pokład zbitej, włóknistej tkanki łącznej, a w niej ogniska zapalne, wkoło małej stosunkowo ilości naczyń. Dalej ku środkowi widać węższy od poprzedniego pas wiotkiej tkanki łącznej. Wśród niej zapalne nagromadzenia ciałek białych, częścią w ogniskach, częścią rozlane, bez wyraźnych granic, wynaczynionki i kępki ziarnek barwika. Stronę wewnętrzną pokrywa w wysepkach i paskach warstwa nabłonka, budową zupełnie podobnego do nabłonka skóry, rozmaitej wysokości, bez gruczołów i torebek włosowych. W miejscach, w których brak nabłonka, tworzy powierzchnię wiotka tkanka łączna średniej warstwy. W przetokach przybłonka brak zupełnie.

Ten wynik badania mikroskopowego potwierdza nasze rozpoznanie. Mieliśmy do czynienia z torbielem skórzakowym i to torbielem, którego powstanie i istota są identyczne z przetoką ogonową, gdyż musimy przyjąć, że początkowo albo istniała przetoka, która pod wpływem sprawy zapalnej dała powód do wytworzenia się jamy, albo że przetoka ta była komunikacyą istniejącego torbiela ze światem zewnętrznym i że ona w takim razie umożliwiła zakażenie. Wskutek sprawy zapalnej został potem zniszczony nabłonek przetoki zupełnie, a nabłonek ściany torbiela częściowo. Możliwem jest także, że wszystkie przetoki powstały drugorzędnie z powodu ropienia; nie da się to na pewne rozstrzygnąć. Torebek włosowych nie można było wykazać; według wszelkiego prawdopodobieństwa uległy one także zniszczeniu, jako następstwo zapalenia ropnego. To samo odnosi się może do braku gruczołów łojowych i potowych.

Przypadek ten jest bez wątpienia czystym skórzakiem pochodzenia płodowego, sprawą stosunkowo dość rzadką, której etyologia jest identyczną ze sprawą powstania o wiele częstszych przetok ogonowych. Jest faktem znanym, że u noworodków znajdują się często między pośladkami zaklęśnięcia okrągłe lub rynienkowate, których wielkość, kształt i oddalenie od otworu stolcowego rozległym podlega zmianom. Są to zagłębienia zaledwie parę milimetrów głębokie, pokryte skórą prawidłową, zupełnie nie owłosione. Dość często pozostają w nieco silniejszym związku z kręgosłupem, niż partye sąsiednie. Według Després, Lannelonguea[1]) i innych można te zagłębienia znaleźć prawie u $^1/_3$ wszystkich noworodków, a tylko zupełna nieznajomość ich znaczenia powoduje, że nie zwraca się na nie zwykle uwagi. O wiele już rzadziej spotykamy u noworodków głębsze, a wązkie zaciągnięcia t. zw. przetoki ogonowe, chociaż te łatwiej już zwracają na siebie uwagę najbliższego otoczenia. W miarę wzrostu dziecka zmniejsza się coraz więcej liczba tak zaklęśnięć, jak i przetok ogonowych tak, że według Heurteauxa[2]) i Peyramaure-Duverdiera[3]) liczba ich nie przenosi u dorosłych 3% wszystkich przypadków. W pozostałych więc 97% przychodzi przed ustaniem wzrostu ciała do zupełnego wygładzenia. W przeciwieństwie do tego zdarzają się skórzaki okolicy krzyżowo-ogonowej, przeważnie u starszych dzieci lub u ludzi dorosłych, bo potrzebują one więcej czasu do zupełnego rozwoju lub do zakażenia, które dopiero zwraca na nie uwagę. Wogóle są to rzadkie przypadki chorobowe; toteż nie będzie od rzeczy wspomnieć na tem miejscu o ważniejszych spostrzeżeniach, ogłoszonych w piśmiennictwie.

W r. 1867 publikuje Mason Waaren[4]) dwa przypadki przetok ogonowych, których końce były workowato rozszerzone i wypełnione splotem włosów. Szło więc w obu razach o przejście między przetokami ogonowemi a torbielami skórzakowymi. Prawdziwe skórzaki bez widocznego połączenia ze skórą opisują: Després[5]), Ballet[6]), Hofmokl[7]), Molk[8]), Lawson Tait[9]), Féré[10]), Terillon[11])

[1]) Według Couroud a: Dépressions et fistules congénitales cutannées de la région sacro-coccygienne. Thèse de Paris 1883.

[2]) Bullet de la societé de chir. Mars. 1882.

[3]) Peyramaure-Duverdier: Dépressions et fistules congénitales cutannées de la région sacro-coccygienne. Thèse de Paris 1882.

[4]) Mason Waaren. Dzieła z r. 1867. Ref. Couroud.

[5]) Bullet. de la soc. anatom. Paris, 1874.

[6]) Soc. anatom., 1878.

[7]) Wien. med. Jahrb. 1879. IV. p. 461.

i Kuhn[12]); dalsze przypadki Lannelongue[13]), Sonnenburg[14]), Kaufmann[15]), Bergmann[16]) i Madelung[17]). Cztery spostrzeżenia Courouda[18]) dotyczą ślepo zakończonych przetok, porozszerzanych na końcach z budową, stwierdzającą ich pochodzenie z blaszki zarodkowej zewnętrznej. W przypadku Wendelstadta[19]) kilka przetok ogonowych uchodziło do wspólnej jamy podłużnej, a w drugim przypadku przetoka rozszerzona na końcu wypełniona była włosami. Autor stwierdził mikroskopowo nabłonek skóry, pokrywający ściany przetok w obu przypadkach, jamy były wyścielone ziarniną. Podobne dwa przypadki opisał Trzebicky[20]). — Z ostatnich czasów zasługują na uwagę przypadki P. Schmidta[21]), Zoege Manteufla[22]), Malloryego[23]), Kutza[24]), Nassego[25]), Gussenbauera[26]) i Stolpera[27]). Przypadek Wettego[28]) jest jedynym, w którym przetoka ogonowa stała w bezpośrednim związku ze skórzakiem w kanale rdzeniowym.

Ogółem biorąc, torbiele te są utworami o rozmaitej wielkości, leżą najczęściej tuż pod skórą, czasem tylko bliżej kości krzyżowej. Zazwyczaj są zrośnięte ze skórą, a z kręgosłupem pozostają czasami w związku zapomocą postronków łącznotkankowych. W wielu przypadkach komunikują ze światem zewnętrznym, zapomocą jednej lub kilku przetok, które są albo jak torbiele wrodzone i posiadają wtedy wyściółkę nabłonkiem skóry, albo też są następstwem sprawy zapalnej, jako ślady po przebiciu się ropnej wydzieliny na zewnątrz i przedstawiają wówczas tylko przewody wyścielone ziarniną. Ściany tych torbieli, rozmaitej grubości, składają się prawie zawsze z potężnego pokładu tkanki łącznej, pokrytego od strony wewnętrznej wielowarstwowym nabłonkiem płaskim, w którym znajdować się mogą rozmaite jego utwory, w różnych okresach rozwoju; obok dobrze rozwiniętych torebek włosowych znaleźć tu można niedokształcone gruczoły łojowe i potowe. Zawartość stanowią gęste masy, podobne do treści kaszaków, powstające ze złuszczonych, zrogowaciałych nabłonków, tabliczek cholestearyny i produktów gruczołów skórnych. Często znajdują się cieniutkie, jasne włosy, rzadziej już czarne, dobrze rozwinięte, które w całych splotach wypełniają torbiel. Według składu treści zmienia się naturalnie jej zbitość i to w szerokich granicach, od zupełnie płynnej aż do nadzwyczaj gęstej. W przypadkach Lannelongea, Molka i Kutza treść była nawet całkowicie sucha i twarda, mikroskopowo złożona prawie wyłącznie ze zrogowaciałych nabłonków, które, ułożone w równoległych do siebie tabliczkach, wypełniały szczelnie całą jamę torbiela.

Stosunki te ulegają naturalnie zmianie w chwili, w której zarodki drobnoustrojów dostaną się do wnętrza torbiela drogą przetok zewnętrznych, lub drogą krwi i limfy. Wytwarza się sprawa zapalna, wyściółka nabłonkowa w większej lub mniejszej części ginie, wkoło torbiela powstaje otoczka łącznotkankowa, w jego wnętrzu, rodzaj błony ropotwórczej, a do treści torbiela dołącza się wysięk zapalny. Po dłuższym czasie trwania tej sprawy może się obraz anatomiczny tak zaciemnić, że rozstrzygnięcie pomiędzy torbielem skórzakowym a ropniem napotyka na poważne trudności.

Pochodzenie tych torbieli nie jest dotąd zupełnie wyjaśnione; zdania rozmaitych autorów nie zgadzają się ze sobą bo gdy jedni z nich uważają za punkt wyjścia torbiela resztki płodowego kręgosłupa, inni natomiast zabłąkane zawiązki skóry. Według Masona Waarena przetoki ogonowe powstają przez zmieniony kierunek wzrostu włosów, już w samych torebkach. Ciągłe drażnienie, które te włosy wywołują ma prowadzić do zapalenia, a w następstwie tego — do wytworzenia przetok i ropiejących jam. Lawson Tait stara się przedstawić przetoki i torbiele jako resztki ogona, u człowieka zwykle zanikłego. Kuhn szuka przyczyny torbieli w puchlinie pacierza *(hydrorrhachis)* z życia płodowego. Pozostałe po jej wygojeniu bliznowate postronki mają przy kurczeniu się powodować przetoki i torbiele przez wciąganie skóry. Przyłącza się do tej teoryi Feré, który tłómaczy wyłączne pojawianie się tych utworów w okolicy krzyżowo-ogonowej spóźnionem zamknięciem się t. zw. *ombilique postérieur,* leżącego, według jego mniemania, właśnie w tem miejscu, a analogicznego zupełnie z pępkiem; Terillon zaś całą sprawę uważa za częściową puchlinę pacierza, *(hydrorrhachis),* polegającą tylko na niezamknięciu się skóry

Lannelongue podaje dotychczas najprostszą teoryę opierającą się na fakcie, że we wczesnem życiu płodowem istnieje ścisły związek między skórą a wyściółką kanału rdzeniowego. Nieprawidłowe trwanie tego połączenia daje powód do powstania zagłębień i przetok, a drugorzędne odsznurowanie przetok — przyczynę do powstania torbieli Charakterystyczne umiejscowienie cierpienia tłómaczy Lannelongue tem, że właśnie w okolicy krzyżowo-ogonowej rozwijają się bardzo słabo masy „mezodermy“, które sprowadzają oddzielenie kręgosłupa od skóry tak, że mają za mało siły, aby porozrywać wytworzone już zrosty. Zapatrywanie to popierają bez zastrzeżeń Peyramaure-Duverdier i Couroud, uczniowie Lannelonguea.

Zwolennikiem bardzo zbliżonej teoryi jest Wendelstadt, a wkrótce po nim Wette; jedyna różnica polega na tem, że tłómaczą siedzibę charakterystyczną tych przetok i torbieli nie niedostatecznem wykształceniem się „mezodermy“ ale spóźnionem zamknięciem się odpowiedniej partyi kanału

[8]) Molk: Des tumeurs congénitales de l'extremité inférieure du tronc. Thèse de Strassbourg 1868.

[9]) Compt. rend. pour l'avancement des sciences en Angleterre. Dublin 1877. Ref. Couroud.

[10]) Soc. anat. 1878. p. 309 i 532. Ref. Couroud.

[11]) Revue de chir. Avril 1882.

[12]) Bullet de la soc. de chir. 7 Août 1877.

[13]) Bullet de la soc. de chir. Mars 1882.

[14]) Według Bergmanna.

[15]) Kaufmann: Über angeborene Sacraltumoren. Inaugural-Dissert. Berlin 1883.

[16]) v. Bergmann: Zur Diagnose der angeborenen Sacralgeschwülste. Berlin. klin. Wochenschr. 1884. Nr. 48, 49.

[17]) Madelung: Uber die foveola coccygea. Centralbl. f. Chir 1885. Nr. 44. p. 761.

[18]) Patrz wyżej.

[19]) Wendelstadt: Uber angeborene Hauteinstülpungen und haarhaltige Fisteln in der Sacrococcygealgegend. Dissert. 1885.

[20]) Wien. med. Wochenschr. XXXV. 13. 14. p. 393 i 422. 1885.

[21]) P. Schmidt. Ein Beitrag zur Kenntniss der kongenitalen Sacraltumoren. Dissert. Greifswald 1889.

[22]) Deutsche med. Wochensch. XVI. 22. 1890.

[23]) I. B. Mallory: Sacro-coccygeal dimples, sinuses and cysts. Americ. Journ. of the med. sciences CIII, 3, 1892.

[24]) Kutz: Uber Dermoidcysten mit spez. Berücksichtigung eines Falles von Sacraldermoid. Dissert. München 1895.

[25]) v. Langenbecks Archiv. XLV, 3. p. 685.

[26]) Prager med. Wochenschr. XVIII. 36. 1893.

[27]) Deutsche Zeitschr. f. Chir. L, 3 i 4. p. 207. 1899.

[28]) v. Langenbecks Arch. XLVII. 1894.

rdzeniowego. — W końcu zasługuje na wzmiankę zapatrywanie Madelunga, podług którego przyczyny całej ciekawej sprawy patologicznej należy szukać w nieprawidłowym rozwoju więzadła ogonowego (*lig. caudale*). Zdanie to zyskało silniejsze podstawy po publikacyi badań Tourneauxa i Hermanna, którzy wykazali, że rdzeń pacierzowy sięga jeszcze w trzecim miesiącu życia płodowego aż do trzeciego (od końca) kręgu ogonowego i że ztąd jego przedłużenie dochodzi bezpośrednio aż do skóry, tworząc po drodze pętlę wypukłą ku dołowi; zstępujące ramię tej pętli zanika szybko, zostawiając jako ślad po sobie tylko cieniutki postronek tkankowy; natomiast wstępujące ma rozwijać się dalej i tworzyć torbielowate wypuklenia. W stosunkach prawidłowych zanika i ono dość prędko. Wynik tych badań, a głównie ustalenie faktu, że kanał rdzeniowy komunikuje czasowo ze skórą, dały Nassemu podstawę do zdania, że przetoki i torbiele ogonowe są może następstwem zaburzeń w rozwoju wspomnianej pętli, łączącej kanał rdzeniowy ze skórą.

Wszystkie późniejsze prace przyłączają się do teoryi Lannelonguea lub Madelunga. Podstawą wszystkich są naturalnie zdobycze na polu embryologii. W obecnym stanie wiedzy jest rzeczą znaną, że rdzeń pacierzowy powstaje z rynienkowatego zagłębienia na grzbiecie płodu, które jest wytworem zewnętrznego listka zarodkowego i jest wyścielone komórkami ektodermy, dotąd niezróżniczkowanemi. Z biegiem czasu pogłębia się ta rynienka coraz więcej, jej brzegi podnoszą się i spotykają w linii środkowej, tworząc przez to zamkniętą rurę, późniejszy kanał rdzeniowy. Wyściółka ektodermalna pozostaje naturalnie tak wewnątrz rury, jak na obu brzegach i na zewnętrznej powierzchni płodu. Proces ten nie odbywa się równocześnie w całej długości płodu; owszem ma on charakter zstępujący, choć z bardzo małemi różnicami czasu, w ten sposób, że zamknięcie się rury rdzeniowej dokonywa się najpierw w częściach wyższych, a dopiero później w końcu ogonowym.

Teraz przychodzi do zlepienia się obu brzegów pierwotnej rynienki, wskutek czego późniejszy kanał rdzeniowy oddzielają od zewnętrznej powierzchni dwie warstwy komórek ektodermalnych, t. j. warstwa wewnętrzna, jako wyściółka kanału i zewnętrzna, tworząca później skórę. Pomiędzy te dwie warstwy wsuwa się z obu stron mezoderma i powoduje, odpowiednio do swego wzrostu, coraz większy ich przedział. Miejsce zlepienia się obu brzegów rynienki płodowej nie stawia w tym czasie zbytniego oporu i wkrótce przychodzi do połączenia się w środku mezodermy z obu stron i przez to do zupełnego oddzielenia zawiązków kanału rdzeniowego od skóry. Specyalne zróżniczkowanie tkanek wykształca następnie powyższe narządy zupełnie.

Wyżej opisany proces nie przebiega jednak zawsze tak prawidłowo. Nic łatwiejszego, jak przedstawić sobie, że z jakichkolwiekbądź przyczyn, działających hamująco na rozwój pojedynczych narządów, nie przyjdzie do dostatecznie wczesnego i całkowitego zamknięcia się rynienki rdzeniowej. Naturalnie, zdarzyć się to może najłatwiej na ogonowym końcu, bo tu i prawidłowo cały proces rozwojowy najpóźniej przychodzi do skutku. Następstwem tego zaburzenia jest potem dłużej trwający ścisły związek między wyściółką kanału rdzeniowego a powierzchnią zewnętrzną. Specyalne zróżniczkowanie tkanek wchodzi w swe prawa, zanim rozdzielenie obu warstw dokonało się całkowicie a masy mezodermy, zachodzące z boków, nie są w stanie poprzedzierać połączeń już znacznie silniejszych, niż w stosunkach prawidłowych. Pozostaje nieprawidłowy postronek. Ponieważ jednak obie warstwy ektodermy oddalają się coraz bardziej od siebie, przeto przychodzi do silnego wyciągnięcia postronka, któremu on, teraz już mocny, nie może się poddać. Wykształcony już, albo co najmniej prawidłowo się rozwijający kręgosłup stawia także nieprzezwyciężony opór, a wskutek tego rzecz cała musi się odegrać na miękkiej, podatnej skórze. Przychodzi do zagłębień, które w miarę wzrostu płodu powiększają się i dają początek zaklęśnięciom i przetokom ogonowym. Jeżeli postronek był szeroki, to przychodzi naturalnie do zapadnięcia się większej przestrzeni powierzchni, a więc do „delli“, jeżeli był cienki, nitkowaty, to wytwarza się przetoka. Stopień głębokości zaciągnięcia zależy od grubości pokładu mezodermy i wytrzymałości postronka, ta zaś ostatnia jest tylko wynikiem czasu jego powstania, a raczej różnicy czasu pomiędzy początkiem procesu zróżniczkowania się komórek ektodermalnych a naporem pokładu mezodermy. Czem prędzej zaczęło się zróżniczkowanie, a czem później przychodzi do całkowitego rozdziału zawiązków kręgosłupa i skóry, tem silniejsze postronki mogą się wytworzyć. Przyczyny, że cierpienie to występuje prawie wyłącznie w okolicy krzyżowo-ogonowej, należy prawdopodobnie w tem szukać, że tu z jednej strony najpóźniej przychodzi do zamknięcia się rynienki rdzeniowej, a z drugiej, że pokład mezodermy jest znacznie słabszy, niż w wyższych częściach. Pierwsze daje najwięcej sposobności do spóźnienia się sprawy rozwojowej i do powstania silnych postronków, drugie za mało siły, aby istniejące już zrosty porozrywać.

W późniejszem, pozamacicznem życiu wyrównuje się większa część płodowych zaklęśnięć i przetok. Skóra staje się z dnia na dzień coraz odporniejszą i stawia wskutek tego coraz więcej oporu ciągnięciu ze strony postronków. Jeżeli te nie są dość silne, to muszą albo dostatecznie wyciągnąć się w długość, albo uledz przerwaniu; zagłębienie skórne wygładza się następnie bez śladu. Przetoka natomiast, która sięga o wiele głębiej i która ma twarde niepodatne ściany, może nawet po rozdzieleniu zrostu istnieć dalej i w tem może należy szukać przyczyny faktu, że wielu autorów nie znajdowało związku przetoki z kręgosłupem.

Powstanie torbiela jest na podstawie powyższego zapatrywania sprawą drugorzędną. W czasie powstawania sprawy patologicznej przychodzi do silnego wyciągnięcia postronków i w końcu do odsznurowania pojedynczych ich części. Pozostaje wtedy w głębi tkanek mniej lub więcej odosobniony zarodek skóry, który może stać w związku z kręgosłupem, albo ze skórą, albo też rozwijać się wolno między oboma. Przy powolnym wzroście, powstaje później z tego zarodka torbiel i to naturalnie torbiel skórzakowy, który w razie, gdy nie zostanie chirurgicznie usunięty, prowadzi do pęknięcia i drugorzędnego zropienia. Ponad nim zostaje reszta przetoki ogonowej, albo też zanika zupełnie, jeżeli zmiany miejscowe nie były tak daleko posunięte, że wygładzenie było wykluczone. Kombinacya różnych okresów obu wzmiankowanych procesów daje potem nadzwyczaj zmienny obraz kliniczny sprawy chorobowej.

IV. Oceny i sprawozdania.

Sprawozdanie z piśmiennictwa o szczepieniu ochronnem przeciw ospie za rok 1901. Według Voigta zestawił Dr. Jan Landau.

Nieprawdziwem jest twierdzenie Ortha, jakoby już najstarsze dzieła zawierały wzmiankę o ospie. Najdalej bowiem sięgające wiadomości pochodzą z r. 1200—1300 przed n. Chrystusa.

Kleine spostrzegł w Berlinie roku 1901 nieznaczną zarazę ospową, zawleczoną tam przez wychodźców rosyjskich. Ponieważ lekarz z początku mylnie rozpoznawał odrę, zaraza mogła się rozszerzyć i wystąpiła u 12 osobników. Podobnych rozmiarów zarazę spostrzegał Andersson w Sztokholmie. Przymusowe szczepienie następowe osób narażonych na zakażenie, jakoteż odosobnienie chorych stłumiło zarazę w obu przypadkach. W Paryżu jednak, gdzie tych środków ostrożności nie stosowano, uległo zakażeniu w przeciągu 7 miesięcy 1996 osób, a z tych zmarło 274. Dowolność w wykonywaniu szczepienia sprowadziła znowu częste pojawianie się zarazy w Anglii; oprócz kilku epidemii pomniejszych spostrzegano znaczniejsze w Glasgowie i Londynie. W Glasgowie w ciągu roku zachorowało osób 1817, a z tych zmarło 230. W tym czasie zaszczepiono powtórnie 302,000 osób, a koszta tej zarazy wynosiły milion marek. Podobnie szerzy się zaraza w Londynie. Bośnia od czasu zaprowadzenia szczepienia przez rząd austryacki w r. 1890 jest wolna od ospy, podczas gdy przedtem przeciętnie ulegało tej zarazie 14,000 osób rocznie.

W Szwajcaryi istnieją rozmaite przepisy co do szczepienia. I tak w Graubünden szczepienie i rewakcynacya są obowiązkowe; zaniechanie szczepienia pociąga za sobą karę 5—10 franków i poniesienie kosztów wprowadzenia środków ochronnych, wynikłych z zaniechania szczepienia. W innych kantonach jest pośredni przymus szczepienia, gdyż zaprowadzono przymus szkolny, a w szkole istnieje przepis przedkładania świadectwa szczepienia. Dla wojska związkowego przymus szczepienia zniesiono w roku 1883. Głównym przeciwnikiem szczepienia w Szwajcaryi jest Vogt, który posądza lekarzy, że jedynie ze względów materyalnych są zwolennikami szczepienia.

W Ameryce północnej w dniu 10 lutego 1901 roku było zgłoszonych 12,122 przypadków ospy, jako pozostających w leczeniu; w ostatnim zaś tygodniu czerwca było przypadków 28,257. Energiczne środki zapobiegawcze wprowadzono w Filadelfii i w Alasce. Każdy tam przybywający osobnik musi się poddać szczepieniu, a każdy mieszkaniec po siedmiu latach od pierwszego zaszczepienia musi być rewakcynowany pod groźbą kary 250 dolarów lub trzechmiesięcznego więzienia. Dla ścisłego przeprowadzenia tych przepisów są ustanowieni lekarze, którzy mają obowiązek badania w tym względzie mieszkańców od domu do domu.

Velde podaje, że w Chinach odbywa się przeważnie szczepienie za pomocą przeszczepienia z człowieka na człowieka. Krowianką szczepią tylko lekarze europejscy, a sprowadzają ją z Japonii. Jak dalece Chińczycy lekceważą kobiety, można z tego wnosić, że lekarze chińscy za szczepienie dziewcząt pobierają mniejszą płacę, niż za szczepienie chłopców.

Prace, dotyczące zarazka ospy i szczepionki, nie wydały i w tym roku wyników dodatnich i nie wyszły poza granicę teoretycznych zagadnień laboratoryjnych.

O miejscowych i ustrojowych objawach: *a)* ospy, *b)* krowianki i *c)* ospy wietrznej.

ad a). Roger podczas zarazy w Paryżu spostrzegał dziesięć przypadków ospy u matek, których płody żywo urodzone okazywały ciepłotę poniżej prawidłowej, a jeden z nich miał wysypkę podobną do płonicowej i żółtaczkę. U płodów, które dłużej żyły, występowała wysypka ospowa, która następnie zasychała. W wodach płodowych tych kobiet znalazł R. liczne ciałka, które uważa za przenośniki zarazka; ciałka te nie są resztkami ciałek białych, gdyż brak ich tu w zupełności. Roger wspólnie z Weilem i Josué badali w 18 przypadkach szpik kostny górnych odcinków uda i znajdowali szczególnie u dzieci, mniej u dorosłych, znaczne pomnożenie liczby ciałek białych. Czerwony szpik kostny zawierał 18—26,000 ciałek białych i wielką ilość komórek, podczas gdy warstwa tłuszczowa zanikła, a znajdują się resztki jąder komórkowych, znaczne zmiany w naczyniach i drobnoustroje. Prócz tego są dostrzegalne zmiany w grasicy, śledzionie, gruczołach i w wątrobie. Ogniska chorobowe w wątrobie składają się przeważnie z jednojądrzastych leukocytów, z wielojądrzastych eozynochłonnych komórek łącznotkankowych i z jednojądrzastych neutrofilów.

Według Weila ustrój wykonuje samoobronę przeciw jadowi ospowemu przez wzmożoną czynność narządów krwiotwórczych, mianowicie zapomocą leukocytozy, przez wytwarzanie jednojądrzastych wielkich i średnio wielkich komórek, przez wzmożenie zawartości włóknika we krwi i przez składanie istot szkodliwych w skórę i błony śluzowe. Wielka ilość ciałek czerwonych ginie, a zawartość hemoglobiny zmniejsza się aż do chwili, w której rozpoczyna się zasychanie krost.

Olejnikow w Rosyi a Engel w Kairze podają wyniki leczenia ospy światłem czerwonem. Pod wpływem leczenia światłem według Finsena swędzenie skóry ustępuje, ciepłota ciała się obniża, a blizny poospowe są płytsze i mniejsze. Engel zaleca ogólne szczepienie podczas wybuchu zarazy ospowej.

Xumetra leczył 20 przypadków ospy zapomocą drożdży piwnych i zauważył krótszy przebieg choroby, gdyż drożdże przeszkadzają rozwojowi drobnoustrojów chorobotwórczych, powodujących zakażenie mięszane.

Roger, wychodząc z zasady, że sole wapniowe odgrywają pewną rolę w krzepnięciu krwi, podawał w przypadkach ospy krwotocznej krystaliczny chlorek wapniowy 5 grm.: 100,0 wody + 500,0 syropu, a mianowicie 0,2—1 grm. na dobę, jako środek zapobiegawczy a do 4 grm. na dobę w przypadkach, w których już nastąpiło krwawienie. Wyniki tego sposobu leczenia miały być korzystne.

Bernhardt spostrzegł u 12-letniego chłopca ustąpienie całkowite wilka na twarzy pod wpływem ospy.

ad b). U osobników pierwszy raz szczepionych Enriquez i Sitard zauważyli wyraźną leukocytozę z ciałkami jednojądrzastemi; u szczepionych powtórnie ciałka białe nie pomnażają się tak bardzo i są wielojądrzaste.

Podczas gdy Benoit i Russel widzieli u morskich świnek wystąpienie odczynu po zaszczepieniu krowianki i osłabienie jadowitości po przeszczepieniu ze zwierzęcia na zwierzę, to Calmette i Guerin u królików zauważyli zachowanie tej jadowitości po przeszczepieniu.

Fiedler zaleca szczepienie kobiet na udzie (!?). Palm szczepił kobiety w klinice położniczej w Getyndze i nie widział szkodliwego wpływu na przebieg ciąży, a u noworodków, urodzonych z kobiet szczepionych z końcem ciąży, szczepienie następowe, wykonane po narodzeniu się, miało skutek dodatni. Przeciwnie zauważył Piéry w Lyonie, że więcej niż połowa (6%) noworodków, pochodzących z kobiet szczepionych podczas ciąży, była odporną na działanie krowianki.

Według zdania Rieny można zapobiedz wystąpieniu ogólnej wysypki krowiankowej przez założenie opatrunku, gdyż wysypka ta nie powstaje drogą krwi, lecz przez przeniesienie z miejsca szczepienia za pośrednictwem palców, ubrania i t. p. Dlatego też wystąpieniu tej wysypki nie towarzyszy gorączka. Natomiast Huddleston zestawił 50 przypadków i wykazuje, że do wystąpienia ogólnej wysypki

krowiankowej, konieczną lub przynajmniej przypuszczalną jest pewna skłonność skóry.

ad d). Perkin podaje następujące wskazówki dla uchronienia się od pomięszania ospy prawdziwej z ospą wietrzną: Ospa wietrzna usadawia się przeważnie na tułowiu, wysypka rozwija się stopniowo, powstają plamy, zmieniające się w pęcherzyki, a te istnieją równocześnie z strupkami po zaschłych pęcherzykach, a przytem prawie zawsze zajęta jest błona śluzowa jamy ust. Wysypka ospowa, usadowiona przeważnie na twarzy i ramionach, postępuje od głowy ku dołowi; z plam powstają guzki, zamieniające się w wielokomórkowe pęcherzyki i występują ciężkie objawy ogólne.

Grindon opisuje przypadek ospy wietrznej u noworodka, powstały prawdopodobnie w łonie matki. Matka i troje rodzeństwa przebyli bezpośrednio przed porodem niewątpliwie ospę wietrzną. Mulert opisuje przypadek o prawidłowym przebiegu, który rozpoczął się drgawkami, a Krause widział w przebiegu ospy wietrznej dwa przypadki zakończone śmiertelnie, z objawami zapalenia nerek. Cerf spostrzegl w każdym przypadku ospy wietrznej okres objawów zwiastunowych. Choroba, zdaniem jego, rozpoczyna się zawsze pojawieniem się wysypki na błonie śluzowej jamy ust, a dwukrotne zapadnięcie na ospę wietrzną jest bardzo rzadkie. Cerf widział przypadek ciężkiej postaci krwotocznej, zakończony śmiertelnie.

Ze względu na statystykę i higienę szczepienia należy podnieść pracę Mac Combiego, w ktorej autor ten wykazuje, że w Londynie przypada na 100 przypadków ospy u nieszczepionych 45—50 przypadków śmierci, zaś na 100 szczepionych tylko 8. Nasilenie choroby w pojedynczych przypadkach u szczepionych zależało od liczby i rodzaju blizn po szczepieniu. Zestawienie 11,724 przypadków wykazało, że im więcej blizn i im większe blizny, tem mniejszy odsetek śmiertelności. Pfeiffer wykazał, że w państwie niemieckiem pod wpływem nowej ustawy o szczepieniu pozostało 15% dzieci nieszczepionych, lub szczepionych bez skutku w pierwszym lub w 12-ym roku życia, a do tego przybywa jeszcze pewna liczba dzieci nie obowiązanych do szczepienia w wieku od 0—1 roku życia. Nie uważa jednak mimoto za konieczne obostrzenie przepisów o szczepieniu, gdyż w razie wybuchu ospy obowiązkowe jest szczepienie otoczenia nieszczepionego. Pfeiffer również sądzi, że 4 blizny po szczepieniu są pewną oznaką dobrego szczepienia, podczas gdy dwie blizny dają tylko względną pewność. Zdaniem jego atoli liczba blizn nie jest pewną oznaką wartości czasowej i indywidualnej ochrony przed zakażeniem. Przeciętnie szczepienie ma wartość ochronną na 7—10 lat. Według Faggioli wystarcza w celach zapobiegawczych odosobnić chorych ospowych, gdyż ospa rzadko jest niebezpieczna (!?), a po szczepieniu nie rzadko (!) pojawiają się ciężkie następstwa, dlatego należałoby tylko wykonywać szczepienie ochronne w czasie ciężkiej zarazy; Böing natomiast czyni wniosek, ażeby znieść przymus szczepienia, albo też wprowadzić przymusowe szczepienie całej ludności co dwa lata, gdyż tylko w ten sposób szczepienie ochronne może mieć skutek dodatni.

Co do techniki szczepienia, to Schenk sądzi, że nawet najdokładniejszą aseptyką nie można z pewnością zapobiedz wystąpieniu objawów zadrażnienia i że odczyn na skórze zależy od rodzaju, wieku i budowy osobnika szczepionego, a nie od postępowania odkażającego. Prócz tego wywołuje objawy zadrażnienia: wprowadzenie większej ilości limfy i długość cięcia, podczas gdy stopień krwawienia i głębokość rany są bez wpływu. Wynik szczepienia zależy raczej od jadowitości materyału, użytego do szczepienia, aniżeli od samej techniki szczepienia. Dlatego należałoby zapomocą każdej krowianki wykonać szczepienie próbne. Sposób otrzymywania limfy zwierzęcej w Europie i Ameryce północnej jest tensam. Na trudności natrafia wyrób limfy w okolicach zwrotnikowych. W Saigon hodowla ze zwierzęcia na zwierzę, jest niemożliwa. Szczepi się tam młode bawoły limfą ludzką, a znowu naprzemian ze zwierząt na ludzi i t. d. Francuzi założyli podobne zakłady w Congo i w Libreville. Materyał przesyłany w okolice gorące, po nadejściu do miejsc przeznaczenia jest często bezskuteczny. Ażeby temu zapobiedz, Stierling przeszczepiał podczas pochodu trwającego 50 dni materyał z jednego służącego na drugiego, a po przybyciu na miejsce znowu przeszczepiał na cielęta z dobrym skutkiem. Chaunier zaleca celem podtrzymania jadowitości krowianki założenie międzynarodowej konwencyi dla wzajemnego wspierania się zakładów skuteczną krowianką. Paul i Blaas podają nowe sztućce do szczepienia, a w Anglii załecają małe nierozszczepione pióra stalowe. Haydn Brown zaleca ulepszoną kapsułkę ochronną z aluminium na miejsce szczepienia, a Komorowski pokrywa miejsce szczepione tegminem. Kubin zaleca opatrunek z ośmiu pokładów gazy rozpiętej na podstawce z drutu. Opatrunek ten natrafił na opozycyę, a jeden z przeciwników jego, Benthal, powiada, że wystarczające jest postaranie się o miękką, czystą koszulę tak, ażeby nie ocierała miejsca szczepienia.

Z objawów chorobowych w następstwie szczepienia zasługują na uwagę: Näther widział u 35 na 500 przypadków powtórnie szczepionych wystąpienie ziarniaków w 20-ym dniu po szczepieniu, a badanie ich wykazało, że były złożone z tkanki ziarninowej. Neuwerck wychodował z tych ziarniaków prątek podobny do prątka rzekomo błoniczego, a Little zestawił z piśmiennictwa przypadki, w których na miejscu szczepienia powstał wilk.

Podczas gdy Bettmann opisuje przypadek, w którym po szczepieniu wystąpiła łuszczyca na miejscu tatuowanem i ztąd się rozszerzała, to Weinstein widział wystąpienie łuszczycy na miejscu szczepienia po zagojeniu się ran. Właściwe wysypki po szczepieniu występują według Sobla w 9—14-tym dniu w postaci pokrzywki lub wysypki odrowej i goją się szybko bez łuszczenia się. Wysypki krowiankowe w postaci pęcherzyków występują między 11—15-tym dniem i zajmują zazwyczaj tułów i kończyny, a odróżnienie ich od ospy wietrznej sprawia niekiedy trudności.

Reinhardt opisuje zakażenie mięszane, spowodowane przez krowiankę i paciorkowce *febris bullosa*, proces, który z nieznacznemi przerwami trwał trzy miesiące. Pęcherzyki zawierały paciorkowce, najbardziej zbliżone do *diplococcus lanceolatus*. Źródło tego zakażenia mięszanego nieznane. Podobny przypadek opisuje Ortyński. Pewnem jest, że w obu przypadkach przyczyna zakażenia nie leżała w limfie samej, gdyż inni szczepieni tą samą limfą nie ulegli temu zakażeniu. „Lancet“ publikuje przypadek tężca, który wystąpił u 21-letniej kobiety w 12-tym dniu po szczepieniu. Objawy tężca ustąpiły zwolna po 7 tygodniach po szczepieniu.

V. Wyciągi.

Stoeckel. **O przetokach i zranieniach moczowodów.** (*Arch. für Gyn.*, tom 67, zeszyt 1, 1902). Najczęstszą przyczyną tych przykrych stanów chorobowych są operacye przedsięwzięte celem zupełnego usunięcia macicy z powodu raka. Zranienia te przydarzają się równie często przy operowaniu od pochwy, jak i drogą laparotomijną. Głównym warunkiem zapobiegawczym jest bardzo dokładna znajomość położenia moczowodów. Rozpoznanie pewne powinno się opierać na badaniu cystoskopem i sondowaniu obu moczowodów. Leczenie jest operacyjne, choć znane są przypadki samowyleczenia. Przeważna część ginekologów operuje drogą brzuszną (laparotomijną). Najlepsze wyniki daje t. zw. przeszczepienie moczowodów do pęcherza. Do szwów używał St. w swoich przypadkach katgutu. Celem uniknięcia następowego przesunięcia się moczowodu lub pęcherza, co niekorzystnie wpływa na sprawę gojenia, radzi Stoeckel 1) sam pęcherz przesunąć nieco na tę stronę, po której moczowód został uszkodzony i przez założenie kilku szwów katgutowych przymocować go niejako do otrzewnej ściennej bocznej ściany miednicy. W ten sposób osiąga się to, że moczowód, który ma być przeszczepiony, leży w jednej linii (naprzeciwko) z pęche-

rzem. 2) Należy ustalić sam moczowód. 3) Powyżej miejsca przeszczepienia obszyć moczowód ścianą pęcherza. 4) Wsunąć moczowód dosyć głęboko do pęcherza. 5) Po operacyi wprowadzić do pęcherza cewnik na kilka dni; przez to zapobiega się niejednostajnym pociąganiom, którcby musiały powstać przez ciągłą zmianę objętości pęcherza. Prócz tego zyskuje się to, że moczowód wgaja się w pęcherz próżny, a więc w warunkach ze względu na siłę pociągającą (ku dołowi) najgorszych. Przy tej metodzie operowania pokrycie moczowodu otrzewną nie jest koniecznym warunkiem dobrego wyniku. Zeszycie moczowodu należy ograniczyć do przypadków częściowego uszkodzenia ściany moczowodu, lub gdzie przeszczepienie do pęcherza jest niemożliwe. Zwykle zeszycie okrężne kilku tylko szwami daje lepsze wyniki, aniżeli zeszycie po wpochwieniu części dośrodkowej przeciętego moczowodu w część obwodową. Korzystnem jest dla sprawy gojenia przyszyć taki moczowód luźno szwami katgutowymi do tkanki pod nim leżącej, a to celem ustalenia go. W przypadkach, gdzie część moczowodu została wyciętą, gdzie więc ani o przeszczepieniu do pęcherza, ani o zeszyciu nie może być mowy, radzą autorowie jedni wszyć moczowód przecięty do zdrowego, drudzy do jelita, inni wreszcie radzą ubytek w moczowodzie zastąpić ścianą jelita, lub nawet trąbki; metody te jednak dają złe wyniki i jako takie mało polecenia godne. Nie pozostaje więc w tych przypadkach nic innego, jak wyeliminować działanie odnośnej nerki, jużto przez podwiązanie moczowodu, jużto przez wyjęcie samej nerki. Podwiązanie moczowodu jest o tyle ryzykowne, że w razie puszczenia podwiązki może przyjść do nacieku moczowego z następowem zapaleniem otrzewnej. Dlatego radzi St. moczowód podwiązany wszyć w ranę brzuszną i dopiero po pewnym czasie ewentualnie przystąpić do wyjęcia nerki. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Koch. **Bakterye durowe w trąbce.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.*, tom 16, zeszyt 2, 1902). Kobieta 28-letnia, która od 8 dni ma mieć biegunkę i bóle brzucha, zgłasza się do szpitala, albowiem nagle w ósmym dniu wystąpiły gwałtowne bóle w krzyżach i podbrzuszu. W pierwszych dniach pobytu w szpitalu ustała biegunka, natomiast do powyższych objawów dołączyły się nudności, odbijania, brak łaknienia, dwa razy wymioty. Badanie skombinowane wykazało nadzwyczajną bolesność w wypukłonem sklepieniu tylnem i guz po stronie lewej. Przez nakłócie próbne wydobyto z jamy Douglasa płyn śluzowo-ropny, nie cuchnący. Ponieważ stan ten, mimo że chora tylko od czasu do czasu okazywała podniecenie podgorączkowe, nie poprawiał się ani przedmiotowo, ani podmiotowo, przystąpiono do operacyi (laparotomia). Po otwarciu jamy brzusznej wypuszczono wolny płyn przesączynowy, usunięto torbiel jajnikowy po stronie lewej; główne zmiany okazywała jednak trąbka prawa, obrzękła, a przy uciśnięciu wydobywała się z niej treść śluzowo-ropna. Badanie bakteryologiczne tej treści, wykonane bardzo dokładnie przez zaszczepienie na rozmaitych pożywkach i pod mikroskopem, wykazało typowe bakterye durowe. Przypadek ten nadzwyczaj interesujący tak ze względu na owe niejasne objawy kliniczne, jak i ze względu na wynik badania bakteryologicznego, gdyż dotąd nie znaleziono jeszcze nigdy bakteryj durowych w trąbce. Drogi, któremi one tamże dostać się mogą, są rozmaite: przez ujście maciczne i brzuszne trąbki, drogą naczyń chłonnych, lub krwionośnych. Droga przez macicę wydaje się autorowi w tym przypadku najprawdopodobniejszą. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Krebs. **O pęknięciach macicy podczas porodu.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.* tom 16, zeszyt 2, 1902). Autor przedstawia 8 zajmujących przypadków pęknięcia macicy podczas porodu: — 4 dobrowolne i 4 gwałtowne, — poczem zastanawia się nad pytaniem, dlaczego nowsza statystyka w porównaniu z dawną wykazuje znacznie większą liczbę tych pęknięć. Przyczyniają się do tego po części sami ginekolodzy, którzy przez najrozmaitsze operacye, wykonywane w macicy, usposabiają ją do pęknięć. Znane są przecież pęknięcia w bliźnie po cięciu cesarskiem lub pozostałej po przypadkowych przebiciach podczas skrobania, po wentro- i waginofiksacyi macicy i t. p.; dalszą przyczynę upatruje Kr. w jakiemś nieusprawiedliwionem i nieuzasadnionem ociąganiu się położników w wykonywaniu kraniotomii na płodzie żywym, wreszcie w udoskonaleniu metod rozpoznawczych. Niejeden z pewnością przypadek, rozpoznany dawniej jako krwotok poporodowy, lub podrażnienie otrzewnej, należało odnieść do pęknięcia macicy. Dla pewnego rozpoznania radzi Kr. przypadki podejrzane badać w uśpieniu. Przyczyną, usposabiającą do pęknięcia macicy, są choroby ogólno-ustrojowe: niedokrewność, gruźlica, przymiot, przewlekłe zapalenie nerek, cukrzyca, miażdżyca, wady sercowe i zmiany nowotworowe w samej macicy. Bezpośrednią zaś przyczyną są najczęściej pewne nieprawidłowości w mechanizmie porodowym (nauka Bandla). W jednym z opisanych przypadków przyczyną pęknięcia macicy było zbyt znaczne rozdęcie balonu, włożonego do jamy macicy. Postępowanie lecznicze zależy w pierwszej linii od krwotoku. W przypadkach, w których płód się już urodził, lub możemy go wyciągnąć drogą fizyologiczną, a krwotok nie jest zbyt duży, najkorzystniej będzie wydrenować macicę gazą jodoformową, lub wężami gumowymi, a zarzucić należy absolutnie tamponowanie tylko pochwy. Klien obliczył śmiertelność przy tamponowaniu tylko pochwy na 68%; przy drenowaniu macicy na 17‰. Przy zupełnem wystąpieniu płodu do jamy brzusznej należy natychmiast przystąpić do laparotomii, a pod żadnym warunkiem nie należy próbować wyciągania płodu przez pochwę, albowiem niepotrzebnie rozszerzyłoby się, względnie rozdarło otwór nieraz mały. Jeżeli niema podejrzenia na zakażenie, poleca Kr. w tych przypadkach szew. Tam, gdzie brzegi rany są nierówne, lub kierunek szpary po pęknięciu zbyt zawikłany, radzi wykonać nadpochwowe wyjęcie macicy; gdzie zaś z pewnością jest zakażenie, — zupełne wyjęcie macicy z następowem drenowaniem. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Kraus. **Wykazanie gonokoków w głębokich warstwach ściany trąbki.** (*Monatsschrift für Geb. und Gyn.*, tom 16, zeszyt 2, 1902). Wertheim pierwszy wykazał obecność gonokoków przy *gonorrhoe ascendens* we wszystkich warstwach ściany trąbki, nawet na pokrywającej ją otrzewnej. Spostrzeżenie to usunęło dotychczasowe mniemanie, że owe ciężkie zmiany w trąbce są następstwem jakiegoś odległego działania gonokoków, ale owszem wykazało dobitnie, że zmiany te należy raczej odnieść do działania tych drobnoustrojów w samej trąbce. Obecnie udało się Krausowi spostrzeżenia Wertheima potwierdzić i usunąć może tem samem wątpliwości nasuwające się niektórym nawet wybitnym ginekologom (Bumm). Kraus znalazł typowe gonokoki w błonie śluzowej trąbki, w warstwie mięsnej i tkance podsurowiczej. Wertheim sądzi, że dwie są drogi, któremi drobnoustroje te dostać się mogą aż do otrzewnej. Albo drążą one wprost z powierzchni błony śluzowej do coraz głębszych warstw, albo też przez ujście brzuszne trąbki, — naturalnie jeżeli ono jest otwarte, — wydostają się najprzód na otrzewnę, aby ztąd dopiero drążyć w głąb. *Dr. E. Ehrenpreis.*

Barth. **Przypadek wyleczenia gruźliczego zapalenia opon mózgowych u dziecka.** (*Semaine medicale* 1902, Nr. 35). Przypadki tego rodzaju zawsze nasuwają wątpliwości co do trafności rozpoznania; tym razem rozpoznanie zdaje się być zupełnie pewnem i z tego względu obraz choroby i leczenia zasługuje na szczególną uwagę. Spostrzeżenie to zawdzięczamy Drowi Barth. Trzyletnia dziewczynka, która świeżo przebyła odrę, dostała nagle wymiotów, połączonych z podniesieniem ciepłoty i bólem głowy. Stopniowo rozwinął się typowy obraz gruźliczego zapalenia opon mózgowych, a co najważniejsze, badanie płynu mózgowo-rdzeniowego, otrzymanego przez nakłócie lędźwiowe, wykazało obecność prątków Kocha. Dr. Barth wyczerpawszy szereg zwykle stosowanych środków bez żadnej ulgi dla dziecka, zdecydował się na wykonanie upustu krwi i zastosował w przeciągu ośmiu dniu ośm pijawek w okolicy wyrostka sutkowego. Ciepłota spadła natychmiast poniżej 38° i to na stałe, również ból głowy ustąpił w zupełności. Dalej stosowano zawijania wilgotne ciepłe, kąpiele z chłodnemi polewaniami i jodek potasu podawany już poprzednio, wreszcie nacierania głowy i karku maścią jodoformową. Stopniowo objawy zapalenia opon ustępowały: najdłużej utrzymywała się głuchota i ślepota pochodzenia mózgowego, jak również nadmierne osłabienie kończyn dolnych. Pod wpływem odpowiedniego leczenia (arsen, podskórne wstrzykiwania strychniny), objawy te ustąpiły. Czas trwania całej choroby wynosił około pół roku. Autor przypisuje ten wynik, tak niespodzianie pomyślny, upustom krwi i zaleca na przyszłość stosowanie tego zabiegu, w połączeniu z równoczesnemi wstrzykiwaniami podskórnemi fizyologicznego rozczynu soli kuchennej, dla tem energiczniejszego wydalenia toksyn z ustroju. *Dr. T. Żeleński.*

J. Carton. **Długość życia w padaczce.** (*Thèse de Paris*, 1902. — *The Lancet*, 8 marca, 1902). Autor w swej rozprawie zebrał liczby dotyczące wieku i przyczyny śmierci 419 osób, chorych na padaczkę, a przebywających w trzech przytułkach dla chorych na umyśle. Największy odsetek śmiertelności przypada na wiek od 15 do 20 lat (22,4% wszystkich przypadków śmierci). Wiek przeciętny umierających wynosił 25 lat i 2 miesiące — z wielkiemi wahaniami w różnych przytułkach. Ponieważ śród innych chorych, przebywających w tych samych przytułkach, przeciętny wiek umierających wynosił lat 50, przeto długość życia chorych na padaczkę jest mniejszą (prawie w dwójnasób).

Przyczyną śmierci chorych na padaczkę najczęściej były: uduszenie się w 1,2%; pęknięcie czaszki od urazu w napadzie 0,9%; cierpienia płucne — 35,6% (w tej liczbie gruźlica płuc — 16,7%); wycieńczenie wskutek zaburzeń odżywczych — 10,7%; ciężkie i długotrwałe napady — 31,5%. Reszta % należy do różnych innych przyczyn. Zatem prawie trzecia część chorych na padaczkę ginie

z powodu długotrwałych drgawek; trochę więcej, niż 1/3 umiera z cierpień płucnych, a zaledwo 2,1% śmierci odnieść należy do uduszenia się lub urazów podczas napadu. *Dr. St. Rudzki.*

C. Thurstan Holland. **Niezwykłe przewlekanie się ciąży.** (*The Lancet*, 8 marca, 1902). Autor zdał sprawę w liverpoolskiem Towarzystwie lekarskiem o niezwykłym przypadku u młodej pierwiastki, która powiła dziecko w 340 dni po ukończeniu ostatniej prawidłowej miesiączki, w 323 dni od ostatniego spółkowania, a w 316 dni od miesiączki, która wystąpiła po spółkowaniu, lecz była nieprawidłowa i trwała tylko dwa dni. W dyskusyi Dr. Macfie Campbell położył nacisk na rzadkość przedstawionego przypadku i sądowo-lekarskie jego znaczenie tem większe, iż według zupełnie ścisłych danych, jakie mowca posiada o chwili poczęcia w 64 przypadkach, ciąża trwała przeciętnie zaledwo 268 dni, t. j. mniej, niż się zazwyczaj przypuszcza. *Dr. St. Rudzki.*

C. Killack Millard. **Rzekoma zaraźliwość płonicy w okresie łuszczenia.** (*The Lancet*, 5 kwietnia 1902 r.). Uważając za niesłuszne i niczem nie udowodnione, a bardzo rozpowszechnione zapatrywanie, jakoby odpadający naskórek roznosił zarazek w okresie łuszczenia się płonicy, zwrócił się autor do lekarzy naczelnych głównych szpitali chorób zakaźnych w Anglii, oraz do innych kilku osób, posiadających wielkie doświadczenie w tej dziedzinie z następującemi pięciu pytaniami: 1) Czy pytany może przytoczyć doświadczalne, statystyczne lub kliniczne fakty, dowodzące niezbicie, że łuszczący się naskórek sam przez się jest zaraźliwy? 2) Czy nie zawiele przedtem nadawano znaczenia łuszczeniu się, jako źródłu zarazy? 3) Czy doświadczenie pytanego przemawia na korzyść tego rozpowszechnionego poglądu, że łuszczenie się po płonicy ma być bezwzględną wskazówką trwającej jeszcze zaraźliwości chorego? 4) Czy doszedł on do przeświadczenia, że chory może jeszcze ulegać wtedy łuszczeniu, kiedy przestał już być zaraźliwym? 5) Czy doświadczenie pytanego przemawia za tem, ażeby dla uniknięcia rozpowszechnienia zarazy zatrzymywać w szpitalu takich pacyentów, którzy skądinąd nadają się do wypisania, dopóki nie zniknie wszelki ślad łuszczenia się naskórka?

Z 25-ciu lekarzy zapytanych odpowiedziało na ten kwestyonaryusz 21: z nich znalazło się zaledwo pięciu, którzy oświadczyli się za starym poglądem, lub zajęli stanowisko pośrednie; reszta zaś w liczbie 16 jednogłośnie odpowiedziała, że nie mają żadnych dowodów na twierdzenie, jakoby łuszczenie się w płonicy było samo przez się zaraźliwem; że dawniej za dużo znaczenia przypisywano łuszczeniu się, jako źródłu zarazy; że łuszczenie się nie może być uważanem za bezwzględny dowód tego, że chory może jeszcze zarażać; że chorzy mogą ulegać łuszczeniu, szczególnie na stopach, przestawszy już być zaraźliwymi; że niema potrzeba zatrzymywać wyzdrowieńców po płonicy w szpitalach do zupełnego zniknięcia łuszczenia, jeżeli z innych względów przeszkody nie zachodzą. Zatem ogromna większość zapytanych lekarzy, mających wciąż do czynienia z płonicą, wypowiedziała się przeciw utartym poglądom.

Sam autor starał się na wielkim materyale (około 5000 chorych na płonicę) przekonać, czy częściej powracają do szpitala tacy chorzy, którzy zostali wypisani w okresie kończącego się łuszczenia (najczęściej na stopach), czy też ci, którzy zostali wypuszczeni po ukończeniu łuszczenia. Spostrzeganie to wykazało, że wypisano z niezupełnie zakończonem łuszczeniem 8% chorych; z tych zaś, co powrócili do szpitala, jako niezupełnie wyleczeni, tylko 6,5% miało ślady łuszczenia.

Następnie autor starał się skrócić czas pobytu w szpitalu chorych na płonicę, (którzy przeszli przez jego ręce w ciągu trzech miesięcy) i przyjął okres czterotygodniowy w szpitalu, zamiast zwykłych sześciu tygodni. Przeciętna liczba dni, spędzonych w szpitalu przez każdego chorego na płonicę, wynosiła 35,3, to też wielu chorych zostało wypuszczonych przed zupełnem ukończeniem łuszczenia. Pomimo to z pomiędzy 190 wypisanych chorych zaledwo pięciu wróciło do szpitala, a z nich jeden tylko miał ślady łuszczenia. W końcu autor streszcza następujące dowody przeciw przypuszczeniu, jakoby łuszczący się naskórek w płonicy był roznośnikiem zarazka:

1) Doświadczenie kliniczne nie dostarcza oczywistych faktów, popierających to twierdzenie. Gdyby dawny pogląd był słuszny, znanoby były pewne fakty zakażenia na tej drodze, jak to ma miejsce niezbicie z wydzieliną płoniczą z nosa i ucha. 2) Zaraźliwość zaczyna się wcześniej, niż występuje łuszczenie, a często trwa długo po ustaniu łuszczenia. 3) Pomimo, że w szpitalnych oddziałach płoniczych jest nadmiar łuszczącego się naskórka, jednak nie spostrzegano rozpowszechnienia zarazka płonicy na sąsiednie domy. Odsetek chorych wracających do szpitala, których wypisano przed ukończenia, jest tensam, co u chorych, którzy odbyli łuszczenie w szpitalu.

Strona przeciwna ze swego stanowiska utrzymuje, że jednak istnieją fakty, iż chorzy po płonicy w okresie łuszczenia udzielali chorób innym. Na to znowu można odpowiedzieć, że istnieją spostrzeżenia, iż rekonwalescenci odbyli łuszczenie i wydawali się zupełnie zdrowymi, a przecież udzielali i płonicę osobom zdrowym i odwrotnie — chorzy z łuszczeniem często nie zarażali nikogo, chociaż przebywali w towarzystwie innych osób. *Dr. St. Rudzki.*

Flora Fuhs. **Nowy odczynnik na białko.** (*Medical Record. — Philad. Med. Journal* 15 marca, 1902 r.). Jeżeli do moczu dodamy równą ilość kwasu karbolowego po połowie z gliceryną, to przy braku białka w moczu powstaje zawiesina, która po dokładnem wstrząśnieniu staje się zupełnie przeźroczysta. Jeżeli natomiast mocz zawiera białko, to po zetknięciu się z kwasem karbolowym powstaje biały męt, który pozostaje przy wstrząsaniu, a przy staniu nie opada i nie rozpuszcza się.

Próba odbywa się, jak następuje: do probówki wlewa się 2 cnt.³ rozczynu karbolo-glicerynowego i dodaje się 2 cnt.³ przecedzonego moczu. Następnie ciecz miesza się starannie szklannym pręcikiem, lub wstrząsa się. Jeżeli płyn będzie przeźroczysty, białka w moczu niema; a jeżeli jest choć najmniejszy męt, to mocz na pewno go zawiera. *Dr. St. Rudzki.*

VI. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Sadkowski. **Działanie lecznicze piramidonu.** (*Russkij Wracz* 1902, Nr. 18). S. badał na psach w farmakologicznej pracowni wszechnicy warszawskiej nowy lek przeciwgorączkowy — piramidon. Działanie jego według badań klinicznych jest jednakowe z działaniem antypiryny, z tą jednak różnicą, że jest ono silniejsze i dłuższe. Oprócz wpływu na gorączkę piramidon odznacza się również własnościami kojącemi. Wstrzykując piramidon psom do żyły udowej w ilości, odpowiadającej dawce leczniczej u ludzi, przekonał się S., że podnieca on czynność ośrodków ruchowych kory mózgowej, wywołując nawet skurcze tężcowe i zwiększa pobudliwość nerwów. Piramidon wywiera również podniecające działanie i na ośrodki zwężające naczynia, oraz na ośrodki, przyspieszające czynność serca. Temu działaniu na układ krwionośny zawdzięcza piramidon znaczny wpływ na podniesienie ciśnienia w naczyniach i przyspieszenie tętna. W następstwie tego podniecenia występuje porażające działanie piramidonu na serce. Na podstawie tych wyników obniżenie ciepłoty, które piramidon wywołuje, tłomaczy autor w ten sposób: piramidon zwęża wewnętrzne naczynia w ustroju, wskutek tego wytwarzanie się cieplika zmniejsza się; jednocześnie w następstwie znacznego podniesienia ciśnienia krwi przypływa ona do naczyń obwodowych, co wywołuje utratę ciepła. Ztąd nietrudno określić przeciwwskazania dla użycia piramidonu: jest on przeciwwskazany we wszystkich stanach gorączkowych, przebiegających z przyspieszeniem tętna i znacznem podniesieniem ciśnienia, więc w chorobach serca i naczyń (miażdżyca), w chorobach nerek, w gruźlicy płuc, podnosząc bowiem w znacznym stopniu ciśnienie, piramidon może spowodować krwotok płucny. *Witold Orłowski.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne w dniu 18 czerwca 1902.

Przewodniczący: Kol. prof. Kostanecki:

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. prof. Edward Korczyński z upoważnienia Komisyi przemysłowo-lekarskiej przedstawił szereg wniosków w sprawie popierania zdrojowisk krajowych i produktów krajowych. Inicyatywę do tego dał wniosek Kol. St. B. Kwiatkowskiego, przedstawiony na posiedzeniu Tow. lek. krak. w dniu 4 grudnia 1901, który Komisya przemysłowo-lekarska rozszerzyła i uzupełniła.

Wnioski te Towarzystwo lek. krak. przyjęło jednogłośnie i uchwaliło uprosić referenta do napisania na ich tle obszerniejszego artykułu do »Przeglądu lekarskiego«.

III. Kol. Kędzior streścił rozprawę swą o leczeniu błednicy, przeznaczoną do druku. Autor dochodzi do wniosku, że głównym czynnikiem leczniczym jest spokój, należyta opieka, usuwanie zboczeń w trawieniu i obfita pożywna lekko strawna dyeta. Przetworom żelezistym przypisuje on tylko znaczenie dzielnego leku pomocniczego, który, uległszy wessaniu, drażni narządy krwiotwórcze i przyspiesza regeneracyę krwi, a tem samem skraca przebieg błednicy. Skutecznym okazywał się w niektórych przypadkach arsen, meduladen, przetwory jajnikowe, siarka i upust krwi.

Przy tej sposobności kol. Kędzior przedstawił chorą kliniczną, dotkniętą błędnicą, lat 19 liczącą, która jeszcze nigdy nie miała miesiączki, natomiast od 3 lat doznawała co miesiąc silnych bólów w krzyżach, trwających 4 dni. W chwili przyjęcia do kliniki % hemoglobiny wynosił zaledwie 20%, liczba ciałek czerwonych w 1 mm³ 1,800.000. Serce wysoko, dziecinnie ustawione, stłumienie znacznie powiększone. Wynik leczenia był bardzo korzystny. Liczba ciałek czerwonych powiększyła się na 4.600.000. % hemoglobiny na 95 pod wpływem leżenia w łóżku, dyety pożywnej, regulowania wypróżnień, karniferyny i owarigenu.

W dyskusyi kol. prof. Korczyński, podnosząc szczegółowość i dokładność tej pracy kliniczno-terapeutycznej, nadmienia, że potwierdza ona ścisłemi spostrzeżeniami stanowisko, które obecnie co do leczenia blednicy utiera się w nauce. Odnośnie do przytoczonego jednego przypadku, z kliniki stałej, gdzie liczba limfocytów znacznie była zwiększona, wspomina o dwóch przypadkach ciężkiej blednicy, gdzie limfocytoza pojawiła się w tak nadmiernej ilości, że zrazu możnaby było podejrzywać ostrą limfemię. Jeden przypadek leczony dłuższy czas ambulatoryjnie, okazał się jako blednica ciężka u osoby z budową olbrzymią i z bolesnością wybitną całego układu kostnego — tak dalece posuniętą, że chorą dłuższy czas leczono na gościec. Drugi przypadek z praktyki prywatnej odnosił się do wątło zbudowanej dziewczynki z blednicą ustrojową bez obrzęku śledziony, bez powiększenia gruczołów chłonnych i przy nieznacznej tylko bolesności mostka.

Kol. Buzdygan zapytuje, czy badano żołądek i czy w miarę poprawiania się blednicy zaburzenia żołądkowe ustępowały.

Kol. Kędzior odpowiada, że w każdym przypadku badano treść żołądka i że w miarę poprawy blednicy poprawiał się stan żołądka.

IV. Kol. Prof. Korczyński, oprócz preparatów z krwi, moczu i plwocin chorych klinicznych i preparatów drobnowidowych z przypadków zakończonych śmiercią, demonstrował kilku chorych, gdzie postać chorobowa mogła budzić więcej zainteresowania się. I tak między innemi:

1. Chorą L. G. z wiądem rdzenia pacierzowego na tle kiłowem z taką domieszką objawów histerycznych, że w pierwszej chwili bałamuciły one obraz właściwej choroby. Częste poronienia, długie trwanie okresu przedataktycznego, pojawienie się wczesne bólów strzykających, a następnie wczesne ich zniknięcie, i rozszerzenie i leniwe oddziaływanie na światło źrenicy prawej usprawiedliwiały przyjęcie tła kiłowego. Zmienność usposobienia, prawostronna przeczulica, a lewostronne znieczulenie na tułowiu i kończynie górnej, ustępujące pod wpływem zabiegów wywołujących transfert ustaliły rozpoznanie współrzędnie istniejącej histeryi.

2. Chorą E. R., spostrzeganą przerwami w klinice stałej i przychodniej z rozpoznaniem obrzęku śluzakowego *(myxoedema)*. (Przypadek opisany przez kol. Ludomiła Korczyńskiego w »Zbiorze prac klinicznych«). I tym razem w ciągu jednomiesięcznego zażywania angielskich pastylek, zawierających gruczoł tarczykowy, straciła 7 kilogram. na wadze, a stan jej ogólny poprawił się tak znacznie, że w chwili demonstracyi chora okazuje objawy, mogące naśladować zbytnią otyłość brzucha i tkanki podskórnej na klatce piersiowej.

3. Chorą H. L., l. 17 liczącą, z rozpoznaniem *polyarthritis, polymyositis, polyneuritis anginosa subs. endocarditide ad ostium ven. sin.* U chorej tej zapalenie stawów wystąpiło w 10 dni po przebytem pryszczykowem zapaleniu gardła. Prelegent, dając krótki pogląd współczesny na częstość i sposób pojawiania się spraw ropnicowych w następstwie zapaleń gardła, przytacza w streszczeniu jeszcze trzy podobne przypadki, gdzie w jednym z nich udało się we krwi wykazać białego gronkowca i okazuje odnośnie preparaty drobnowidowe.

4. Przypadek *paralysis spinalis spastica* u młodego mężczyzny w tym stopniu ogólnej sztywności, że chwytając chorego za stopę, można go całego podnieść bez jakiegokolwiek poruszenia się stawów. Badanie kawałka wyciętego z mięśnia dwugłowego uda prawego wykazało oddziaływanie kwaśne i wybitny obraz zwyrodnienia woskowego. Badania ściślejsze, podjęte z kol. Zanietowskim, wykazywały wprawdzie odczyn zwyrodnienia prądem galwanicznym, całkowitego prawidłowego odczynu zwyrodnienia franklinicznego i zapomocą kondensatoru nie dawały; natomiast okazało się, że wszystkie odpowiednie krzywe skurczów tych mięśni są typowemi krzywemi zwyrodnienia mięśniowego.

5. Chorego, u którego trzy w krótkim po sobie czasie występujące napady udaru mózgowego wywołały obok minimalnego porażenia nerwu twarzowego prawego i kończyn prawych, całkowitą afazyę i agrafię bez zmian wzrokowych i słuchowych.

Odnośnie do przedstawionego przypadku (1) podnosi kol. Spira, że w przebiegu wiądu rdzenia nie rzadko występują zaburzenia słuchu. Co do częstości upośledzenia słuchu przy tej chorobie, różnie ją oceniają: na 7·3%, na 10%, a nawet na 81·13%, co z pewnością jest przesadzone. Powikłanie to pochodzi od zajęcia narządu pojmującego głos i ma się różnić od choroby błędnika tem, że percepcya wysokich tonów jest przytem dobrze utrzymana, a tylko dla tonów niskich i średnich upośledzona. Jako przyczynę uważają jedni zanik nerwu słuchowego, inni wiądowe zajęcie nerwu trójdzielnego, wywołujące zaburzenia odżywcze w uchu środkowem, inni znowu zakażenie kiłowe. Badanie anatomiczne wykazało przeważnie zanik nerwu słuchowego i jego zakończeń obwodowych, a może też zajęcie jąder nerwu słuchowego. Otóż na podstawie najnowszych zdobyczy nauki należy wiąd rdzenia pojmować jako cierpienie neuronów, którego główną cechą jest nadwerężenie układu, wychodzącego ze zwojów rdzeniowych. Między zwojami tymi a komórkami zwojowemi n. ślimakowego istnieje powinowactwo embryologiczne, polegające na tem, że te ostatnie można ze stanowiska historyi rozwoju uważać jako twory analogiczne do pierwszych (zwojów rdzeniowych), posunięte jednak bardziej ku obwodowi. Na tej podstawie Friedrich upatruje przyczynę upośledzenia słuchu u dotkniętych wiądem rdzenia w usadowieniu się sprawy chorobowej w rozgałęzieniach nerwu ślimakowego, w zwoju ślimakowym *(Ganglion spirale)*, podobnie jak Moxter tłómaczy zajęcie n. wzrokowego w wiądzie rdzenia. Udarowe wystąpienie objawów Ménierca w tej chorobie ma według tej teoryi polegać na zajęciu jąder n. ślimakowego w rdzeniu przedłużonym, zaczem przemawiają badania anatomiczne i analogie, z jądrami innych nn. mózgowych, które, wedle Leydena, przeważnie w tej chorobie były zajęte, dalej analogia do *crises gastriques* i *laryngiennes*, dla których wykazano jako podstawę anatomiczną zanik w jądrach i korzeniach n. błędnego. Na zakończenie zapytuje kol. S., czy w przypadku przedstawionym badano narząd słuchowy i z jakim wynikiem?

Kol. Spira: *ad* 5) przedstawiony przypadek porażenia połowiczego jest ze względu na zaburzenia mowy bardzo ważny i pouczający. Demonstrowany jednak rysunek szematyczny według Lichtheima-Wernickego, o ile ma wartość oryentacyjną i dydaktyczną, o tyle naukowe jego znaczenie jest ograniczone, a nawet przez wielu badaczy całkiem podawane w wątpliwość. Spostrzeżenia bowiem kliniczne i badania anatomiczne wykazały, że mogą pojawiać się obrazy chorobowe, które żadnym sposobem nie dają się podciągnąć pod żaden z podanych szematów. Usterki i wady wszelkich podobnych szematów doprowadziły do tego, że niektórzy autorowie porzucili zupełnie pojęcie ośrodków mowy i ich lokalizacyę. Odkąd Broca swojem odkryciem ruchowej niemoty stworzył punkt wyjścia i podwalinę dla nauki o lokalizacyi mózgu, a Wernicke swojem klasycznem określeniem obrazu niemoty sensorycznej podał podstawę dla systematycznego badania na tem polu, pojawiła się prawie nieprzejrzana liczba kazuistyki i teoryj, a wyniki ich na razie nie odpowiadają oczekiwaniom, przywiązanym do pierwszych studyów o afazyi. Przyczyna leży po części w stosunkach nadzwyczaj zawikłanych, wymagających uwzględnienia przy badaniach anatomicznych i klinicznych, oraz i niedostępnych dla kontroli zapomocą doświadczeń na zwierzętach, poczęści zaś w zaniedbywaniu dość ścisłego odróżnienia między wiedzą pozytywną a przypuszczeniami hipotetycznemi.

Bezkrytyczna wiara w prawidła mowy, przyjęta przez Wernickego i innych, zaprowadziła wielu na błędne drogi, bo wychodzili z założenia przypuszczalnego, nie dość ściśle uzasadnionego. Wystąpili przeciw tym prawidłom: Goldscheider, Bischof, Monakow, Bastian, Ołtuszewski i inni. Według Goldscheidera istota kojarzenia nie daje się tłómaczyć wyłącznie tylko drogami przewodzącemi i łączącemi ośrodki między sobą. Wymagane są do tego jeszcze pamięć i uwaga, to jest czynniki, które również jak pojęcie należy rozumieć jako psychiczne, na razie jeszcze nie wyjaśnione. Stricker znowu występuje przeciw zdaniu Wernickego, jakoby pamięć słuchowa składała się z pamięciowych obrazów dźwiękowych *(Klangbilder)* i sądzi, że przy mowie samodzielnej idzie raczej o »wyobrażenia ruchowe«. Wyobrażenie słowne polega, zdaniem jego, li tylko na świadomości o czynnościach ośrodków ruchowych, na świadomości o pobudzeniu nerwów ruchowych, zaopatrujących mm. narządów artykulacyjnych. Przy ka-

żdem wyobrażeniu słownem, które może powstać przed wymawianiem wyrazu, czuje się niby inerwacyę tych narządów. Wyobrażenia te są zatem natury czysto ruchowej. Odpowiednio do tego zajęcie samego ośrodka ruchowego Broca musi pociągać za sobą koniecznie także głuchotę wyrazową *(Worttaubheit)*, ślepotę wyrazową *(Wortblindheit)* agrafię i aleksyę, nawet przy nienaruszeniu ośrodka sensorycznego Wernickego, gdyż wrażenia słuchowe i wzrokowe nie mogą więcej wywołać w porażonym ośrodku ruchowym odpowiednich wyobrażeń słownych.

Ołtuszewski, trzymając się nauki Flechsiga, przyjmuje ośrodki zmysłowe, ruchowe i kojarzenne i dzieli korowe zaburzenia mowy na niemoty zmysłowe (organiczne i czynnościowe) i niemoty kojarzenne (organiczne i czynnościowe).

Wobec panującego chaosu, sprzeczności zdań i niejasności sprawy, należałoby się każdy przydarzający się przypadek, szczególnie wobec sposobności badania anatomicznego, poddać dokładnej i szczegółowej obserwacyi i ścisłemu badaniu objawów, by w ten sposób przyczynić się do wyświetlenia zagadnień bardzo ciekawych pod względem praktycznym i naukowym, a przedewszystkiem pod względem lokalizacyi mózgu, a tyczących się istoty i patogenezy różnych form afazyi.

Po odpowiedzi kol. prof. Korczyńskiego posiedzenie zakończono. *Dr. Jan Landau*, sekretarz doroczny.

Posiedzenie nadzwyczajne w dniu 25 czerwca 1902.

Przewodniczący kol. prof. Kostanecki.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto

II. Kol. Dobrowolski zdaje sprawę z przypadków operowanych drogą cięcia pochwowego w bieżącym roku szkolnym w klinice ginekologicznej Prof. Dra Jordana. Prelegent przedstawia w krótkich słowach wskazanie do cięcia pochwowego wogóle, jego korzyści i niekorzyści, a w dalszym ciągu dla ilustracyi tych wskazań przytacza kolejno kazuistykę.

Pierwsze pięć przypadków operowano z powodu zajścia ciąży zamacicznej.

1) Pierwszy z nich dotyczy chorej 41-letniej, która po 3 miesiącach trwania ciąży doznała typowych objawów — przerwania ciąży zamacicznej, a dopiero w dwa miesiące po powstaniu krwisteku zgłosiła się do kliniki. Skoro leczenie zachowawcze dwumiesięczne w klinice nie usunęło znacznego krwisteku, bo sięgającego na 3 palce poniżej pępka, wykonano kolpotomię tylną, krwisteku nie usuwano, tylko założono do jego wnętrza seton z gazy. Po trzechtygodniowem setonowaniu wypadł drogą otworu operacyjnego zmacerowany trzechmiesięczny płód, a skrzepy rozluźniły się tak znacznie, że je z łatwością usunięto. W 8 dni chora opuściła klinikę wyleczona.

2) Przypadek drugi dotyczy chorej 36-letniej, u której w 6 tygodni po ustaniu miesiączkowania wystąpiły objawy krwotoku wewnętrznego. Skoro chora nazajutrz po wystąpieniu tych objawów zgłosiła się do kliniki, stwierdzono ograniczający się krwiak, sięgający aż do pępka. Wobec wyraźnej skłonności do ograniczenia się nie operowano chorej, tylko poddano leczeniu zachowawczemu. Po dwóch miesiącach leczenia krwiak zmniejszył się do wielkości główki noworodka, a skoro przy dalszem czterotygodniowem leczeniu stale pozostał tej samej wielkości, wykonano kolpotomię tylną. W 3 tygodnie po tym zabiegu skrzepy zwolna zupełnie się wydzieliły, a jama się zaciągnęła.

3) Chora 40-letnia zgłosiła się do kliniki z powodu guza w jamie brzusznej. Guz cechami swemi przypominał złośliwy nowotwór jajnikowy; wywiady nie mówiły nic nadto, że przed dwoma miesiącami była sześciotygodniowa przerwa w miesiączkowaniu. Punkcya wykonana drogą sklepienia tylnego wykazała w guzie starą krew. Leczenie zachowawcze doprowadziło do ustąpienia krwiaka, a z niego wyłoniła się rozdęta trąbka oporna leczeniu. Drogą kolpotomii przedniej opróżniano treść trąbki zwolna tak, że chora w 3 tygodnie wyleczona opuściła klinikę.

4) Przypadek IV-ty był omawiany i preparat pokazywany na jednem z poprzednich tegorocznych posiedzeń Towarzystwa.

5) Przypadek V-ty dotyczy chorej 38-letniej, u której krwiak pozamaciczny, powstały na tle ciąży zamacicznej, leczono zachowawczo przez 8 miesięcy. Po ustąpieniu krwiaka pozostał krwiak trąbki, której mimo długiego leczenia nie zmniejszał się. W przypadku tym dokonano z bardzo dobrym wynikiem wyjęcia zmienionej trąbki drogą kolpotomii tylnej.

Dalsze przypadki operowane z innych wskazań, przedstawiają się jak następuje:

6) U chorej 40-letniej wyjęto przed rokiem w klinice drogą pochwy macicę włókniakową i torbiel trąbkowo-jajnikowy lewy, zmienione przydatki strony prawej, pozostawiono z powodu wielkiego niebezpieczeństwa dla chorej, jaki zabieg ten przedstawiał. Po roku obecnie powstał torbiel powyżej lejka wielkości cytryny; o wyłuszczeniu jego nie było mowy, dlatego ograniczono się do nacięcia drogą pochwy i wydrenowania. W miesiąc jama zupełnie zarosła.

7) Chora 32-letnia, zgłosiła się z torbielem jajnikowym uwięźniętym i wrośniętym w zatokę Douglasa z objawami ropienia. Rozpoznanie torbiela zropiałego możliwe było d piero po uśpieniu chorej i nakłóciu guza. Torbiel otwarto drogą kolpotomii tylnej, treść wypróżniono, a torbę wytamponowano. Torba ta po miesiącu zmalała do wielkości jaja, a płyn w niej wcale nie nagromadza się

8) Chorą, która zgłosiła się do kliniki z guzem przydatków prawych, operowano drogą kolpotomii tylnej; wydobyto otok trąbkowy wielkości pięści o ropie zupełnie jałowej. W 10 dni została wyleczona.

9) Chora 32-letnia, o wejrzeniu suchotniczem, leczy się od 4-ch lat z powodu wypociny. Znaleziono przed macicą guz wielkości główki noworodka, chełboczący, nieruchomy, bolesny, ciepłota podwyższona o typie gorączki przerywanej. Wykonano kolpotomię przednią, wypuszczono ropę gruźliczą, jak badanie wykazało. Po miesiącu opuściła klinikę z jamą wielkości cytryny w stanie ogólnie lichym.

10) Przypadek X-ty dotyczy chorej 31-letniej, u której na 2 miesiące przed przybyciem do kliniki wystąpiły objawy zapalne w przydatkach. Po stronie prawej wytworzył się otok trąbkowy wielkości dwóch pięści, po lewej wypocina około przydatków. Drogą kolpotomii tylnej otwarto otok trąbkowy, w ropie znaleziono prątek okrężnicowy. Zabieg ten nie ustrzegł jednak chorej przed ogólną ropnicą i z objawami tej choroby zabrano chorą z kliniki *(Streszczenie własne)*.

III. Kol. Stankiewicz przedstawia 3 preparaty mięsaka błony śluzowej trzonu macicy, uzyskane w bieżącym roku na drodze operacyjnej; — omawia pokrótce przebieg kliniczny, rozpoznanie i wyniki leczenia operacyjnego.

W przypadku pierwszym, dotyczącym kobiety lat 28 liczącej, zgłaszającej się z powodu krwawień atypowych od 2 lat, a od kilku tygodni utrzymujących się odchodów cuchnących, stwierdzono powiększenie trzonu macicy, jak w czwartym miesiącu ciąży — szyję drożną dla palca, ścianę przednią trzonu, okolicę dna, jakoteż połowę ściany tylnej zajętą rozpadającym się naciekiem nowotworowym — nie dochodzącym do otrzewnej Badanie drobnowidowe uzyskanych przez próbne wyłyżeczkowanie kawałków wykazuje utkanie mięsaka wrzecionowato-komórkowego. Wykonano wycięcie macicy od strony pochwy przy równoczesnem rozkawałkowaniu sposobem Doyena-Richelot'a. Przebieg pooperacyjny powikłany powstaniem odleżyny powierzchownej w okolicy kości krzyżowej. W 16 dniu chora opuściła klinikę. Dotąd (5 miesięcy) wolna od nawrotu.

Przypadek drugi dotyczy pacyentki l. 55 liczącej, nie miesiączkującej od lat 2, krwawiącej atypowo od 8 miesięcy, doznającej w ostatnich tygodniach bólów w dolnej części brzucha; krwawienia mimo wykonanego przed 4-ma miesiącami poza zakładem wyłyżeczkowania błony śluzowej macicy nie ustały. Stwierdzono macicę wyraźnie powiększoną, jak w 6-m tygodniu ciąży — kulistą, tkliwą; zgłębnik wykazuje jamę trzonu obszerną, pokrytą licznemi nierównościami, zwłaszcza na tylnej ścianie.

Przy wyłyżeczkowaniu próbnem usunięto znaczną ilość kawałków miękkich, szaro-różowych, których badanie drobnowidowe wykazało mięsaka drobno-okrągło-komórkowego Wycięcie macicy od strony pochwy sposobem Doyena; — w przebiegu pooperacyjnym w 14 dniu stwierdzono — powyżej lejka naciek poprzecznie przebiegający, tkliwy, pochodzący od nawrotu nowotworu; badanie bowiem drobnowidowe uzyskanego preparatu wykazało, iż w samem dnie nowotwór przerósł aż na otrzewną pokrywającą macicę. W 9 miesięcy chora zmarła wśród objawów, rozwijających się przerzutów na otrzewnej i w płucach.

Przypadek trzeci dotyczy kobiety l. 54, która zgłosiła się z objawami ropotoku macicy, trwającego od 5 miesięcy. Stwierdzono tyłozgięcie trzonu macicy, trzon wielkości prawidłowej, kulisy, mało ruchomy; ujście zewnętrzne zaledwie zaznaczone jako drobny dołeczek. Zgłębnik wykazuje wnętrze jamy trzonu gładkie, bolesne, po zgłębniku spływa obficie cuchnąca ropa. Wycięcie macicy od strony pochwy z wytoczeniem jej przez tylne sklepienie sposobem Doederleina. Badanie

drobnowidowe nieznacznie makroskopowo zmienionej błony śluzowej trzonu — wykazuje mięsaka siatkowatego. Przebieg pooperacyjny powikłany w 5 dniu objawami ograniczonego podrażnienia otrzewnej, które ustąpiły po usunięciu setonów z pochwy; w 16 dniu chora opuściła klinikę. Od tej pory upłynęło cztery miesiące; dotychczas wolna od nawrotu. (*Streszczenie własne*).

IV. Kol. Wojciechowski: »O operacyjnem leczeniu gorączki połogowej«. (Rzecz przeznaczona do druku).

Dyskusya:

Kol. profes. Ciechanowski zapytuje K. Stankiewicza o szczegóły obrazów drobnowidowych w przedstawionych przypadkach mięsaka macicy, zwłaszcza w pierwszym, już makroskopowo różniącym się od dwóch drugich. K. Stankiewicz wyjaśnia, że różnica ta zależy od licznych wybroczyn w utkaniu mięsaka. K. Ciechanowski zapytuje kol. Wojciechowskiego, czy — prócz przypadków „*abortus criminalis*". — można na podstawie dotychczasowych doświadczeń klinicznych myśleć już teraz o ustaleniu wskazań do wycięcia macicy przy zakażeniu połogowem. Zdawałoby się bowiem ze spostrzeżeń anatomiczno-patologicznych i bakteryologicznych, że — jakto kol. C. obszerniej wywodzi — takie ustalenie wskazań będzie bardzo trudne, co może wartość tego sposobu leczenia znacznie obniżyć. Przytoczone przez kol. prelegenta zapatrywania zwolenników tego postępowania mają wiele słabych stron, szczególnie pod względem objawów, mających wskazywać, że nadeszła chwila właściwa do podjęcia zabiegu chirurgicznego

Kol. Braun: Przypadek kol. Wojciechowskiego należy uważać za unikat w piśmiennictwie położniczem, bo choć przypadki wyjęcia macicy z powodu zakażenia połogowego są coraz to częstsze, to wyjęcie macicy zakażonej wraz z płodem, zatem przed jej wypróżnieniem, należy do rzadkości. Postępowaniu kol Wojciechowskiego w tym przypadku możnaby zarzucić tyle, że nie jest to zupełnie po myśli położników, bo choć ten przypadek zakończył się pomyślnie, to przecież nie nadaje się jeszcze do ogólnego zastosowania. Znamy bowiem cały szereg przypadków, gdzie przychodzi do zakażenia z powodu rozkładu całego jaja płodowego lub jego części, — gdzie pomimo tego nie wyjmujemy macicy, bo przez usunięcie części gnijącej bardzo często gorączka spada i zakażenie ustępuje szczęśliwie. W myśl tej zasady postępując, należało w danym przypadku, skoro stwierdzono zakażenie wśród ciąży z powodu rozkładu jaja płodowego, wzniecić czynność połogową, wypróżnić macicę i następnie wyczyścić, a gdyby się okazało, że to nie wystarcza dla powstrzymania zakażenia, — dopiero przystąpić do wyjęcia macicy. Że w danym przypadku przebieg pooperacyjny był pomyślny, to dowodzi, że zakażenie ograniczało się na samo wnętrze macicy, a nie przeszło jej granic i nie stało się cierpieniem ogólnem.

Co do wykładu kol. Dobrowolskiego, podnosi kol Braun, że w leczeniu ciąży pozamacicznej coraz to więcej ustalają się prawidła w postępowaniu i tak: 1) jeżeli istnieje ciąża wczesna i nie pęknięta, należy jak najwcześniej usunąć jajo z odpowiednią trąbką, 2) jeżeli ciąża została przerwana, czy to przez poronienie, czy pęknięcie trąbki, a wytworzył się krwistek pozamaciczny, to jak długo nie zropiał i nie powiększa się, należy zachować się wyczekująco; 3) jeżeli istnieją objawy odbywającego się poronienia trąbkowego lub pęknięcia trąbki, to należy wystąpić czynnie, t. j. operować, jeżeli objawy krwotoku wewnątrz się powtarzają i siły chorej słabną. Inaczej należy się zachować wyczekująco i leczyć objawowo, t. j. stosować okłady lodowe na brzuch, podtrzymywać siły i zachować się jak najspokojniej. W jednym z przypadków, przedstawionych przez kol. Dobrowolskiego, powtarzały się krwotoki wewnętrzne, a mimo to nie operowano, lecz wyczekiwano, aż się krwistek wytworzył; zachodzi pytanie, według jakiej wskazówki postępowano wyczekująco, a nie operowano, chyba że siły chorej były zadawalniające pomimo krwotoków wewnętrznych, często się powtarzających.

Wreszcie przypadek kol. Stankiewicza, gdzie podczas wycięcia macicy przyszło do zanieczyszczenia pola operacyjnego z powodu wylania się ropy zatrzymanej z jamy macicy, przestrzega nas jeszcze raz, że przed wyjęciem rakowatej macicy należy wnętrze macicy oczyścić przez przepłókanie środkiem przeciwgnilnym, względnie wyskrobaniem. Szczęście dla chorej, że pomimo tego powikłania nie przyszło do zakażenia otrzewnej.

Kol. Kędzior zwraca uwagę na poruszoną w ostatnim czasie przez Bauera sprawę t. z. »toksyn miejscowych«, które można uzyskać częścią z ropy, częścią z tkanki zakażonej, a które to toksyny, wstrzyknięte zwierzętom do obiegu krwi, wywołują śmierć po 2—3 dniach wśród objawów posocznicy; sekcya wykazuje brak bakteryj we krwi, stłuszczenie wewnętrznych narządów, własności wysoce trujące krwi dla innych zwierząt. Najprawdopodobniej i w zakażeniu połogowem toksyny te odgrywają ważną rolę.

Badanie krwi na obecność drobnoustrojów jest ważnem o tyle, że obecność ich świadczy o postępie zakażenia połogowego. I tak: w pierwszym okresie zakażenia koków we krwi wykazać nie można, wówczas szanse operacyi byłyby największe. Następnie przy użyciu większej ilości krwi udaje się wykazać bakterye; do badania winno się użyć krwi zmieszanej z 1% cukrem gronowym, albowiem badanie krwi wprost np. na agarze skośnie ściętym, ze względu na upośledzające działanie surowicy krwi na rozwój bakteryj jest niedostateczne. W późnym okresie zakażenia można niejednokrotnie wykazać bakterye już nawet wprost w barwionych preparatach krwi. W każdym z tych okresów może wystąpić zejście śmiertelne; badanie krwi nie jest rozstrzygającym, ale w każdym razie ważnym pomocniczym środkiem rozpoznawczym i prognostycznym w zakażeniu połogowem.

Kol. Borzęcki zapytuje kol. Dobrowolskiego, czy w dziewiątym przypadku nie było podstaw do przypuszczenia, że tłem ropnia było zakażenie rzeżączkowe?

Kol. Gertler zapytuje, w jaki sposób badano na streptokoki i wskazuje na trudności przy tem badaniu.

Kol. Wojciechowski odpowiada kol. prof. Ciechanowskiemu, że zupełnie ścisłe sformułowanie wskazań do wycięcia macicy przy zakażeniu jest jeszcze trudnem zadaniem wobec małej stosunkowo liczby opisanych przypadków i wielkiej ich rozmaitości. Kierowaliśmy się więcej ciężkością obrazu klinicznego, aniżeli wynikiem badań bakteryologicznych. - przyczem wywiady nakazywały wkroczenie szybkie i energiczne, gdyż każdą godzinę musiało się wobec zagrożonego życia chorej bardzo cenić. Stwierdzenie bakteryj we krwi w przypadkach przez Prochownicka operowanych dowodzi w przypadku wyleczenia, że mimo niechybnie ciężkiego zakażenia może jeszcze wycięcie macicy stanowić deskę ratunku, ułatwiając ustrojowi walkę: w przypadkach zaś straconych świadczy za tem, że nie należy czekać, aż zakażenie objawi się obecnością drobnoustrojów we krwi, gdyż wtedy operacya okaże się zazwyczaj bezskuteczną. Zresztą przytacza kol. W. zapatrywania wyrażone w wykładzie.

Na stanowisko, jakie kol. docent Braun zajmuje, t. j. aby wpierw zastosować leczenie miejscowe, łatwo się zgadza wogóle. Lecz co do klinicznego przypadku, zniewolony jest kol. W. stwierdzić z kategoryczną pewnością, że chodziło o poronienie sztuczne, zasługujące na odosobnione stanowisko i że ciężki obraz kliniczny nakazywał pośpiech i energię, a zresztą wiek chorej, stanowiący rozumie się wzgląd podrzędny, niweczył częściowo skrupuły. Jest więc zdania, że nie zrobiłby źle, postępując taksamo w drugim podobnym przypadku.

Kol. Kędziorowi nie może kol. W. odpowiedzieć, jak dużą była ilość bakteryj w pojedyńczych przypadkach Prochownicka, gdyż we wspomnianej pracy spotykamy się tylko z wyrażeniem ogólnikowem, że raz spotykał bardzo obficie łańcuszkowce we krwi, innym razem ich nie znachodził.

Kol. Gertlerowi odpowiada kol. W., że badania bakteryologiczne odnosiły się do wydzieliny szyi, do łożyska, wód płodowych i krwi — i że szczepiono na agarze zwykłym skośnym, na agarze cukrowym i na bulionie, — nie przeszczepiano zaś na zwierzęta.

Następnie zabierali głos kol: Dobrowolski, Kędzior, doc. Braun i kol. prof. Ciechanowski, który odnośnie do uwag kol. Kędziora nie sądzi, aby patologiczny obraz *sepsis* można wcisnąć w szablon jakichś trzech stopni według ilości bakteryi, wykrytych we krwi. Miara, jakąby się przytem posługiwać przyszło, byłaby zupełnie dowolną, sztuczną; przytem nie uwzględniałoby się ani stopnia jadowitości bakteryi, ani, co ważniejsza, sił obronnych ustroju, które na przebieg i zejście zakażenia mają wpływ najgłówniejszy, a o których, jak słusznie podniósł kol. Dobrowolski, klinicysta ma prawo i powinien wnosić z całego obrazu klinicznego, nie zaś z jednego i to jednostronnie oświetlonego zjawiska.

Na tem posiedzenie zakończono.

Dr. Jan Landau, sekretarz doroczny.

VIII. Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska wschodnio-galicyjska.

Protokół z VIII. posiedzenia pełnej Izby lekarskiej z dnia 18 października 1902 roku.

Obecni: Prezydent Dr. Festenburg; członkowie Izby; Dr. Lechowski, Dr. Smolarski, Dr Lutyński, Dr. Bylicki, Dr. Pisek, Dr. Piaskiewicz, Dr. Eckhardt, Dr. Żukowski, Dr. Papée, Dr. Wysocki.

Nieobecni: Dr. Sobierański i Dr. Muszkiet.

Jako komisarz rządowy: Radca Dworu Dr. Merunowicz.

I. Prezydent zdaje sprawę z czynności około założyć się mającej Kasy chorych dla lekarzy i oddaje głos referentowi Drowi Lechowskiemu. Dr. Lechowski przedkłada Izbie statut tej Kasy, zmieniony stosownie do życzenia władz (Minist. spraw wewn.), które udzieliły Izbie wskazówek, jakie poprawki są konieczne. Po dyskusyi, w której brali udział: Dr. Piaskiewicz, Dr. Pisek, Dr. Lutyński, Dr. Festenburg i referent, przyjęto statut z proponowanemi zmianami.

Prezydent oświadcza, że po zatwierdzeniu statutu przez władze i zgłoszeniu się 100 członków Kasa wejdzie w życie z dniem 1 stycznia 1903 r.

Następnie zdaje prezydent sprawę z innych czynności Wydziału za czas od 1-go lipca do 15-go października b. r., a mianowicie:

1. Pismo Izby gospodarczej z wnioskiem Izby praskiej o oświadczenie się Izb przeciw pomnażaniu aptek w ogólności i przeciw wymaganiu pewnego oddalenia apteki publicznej od apteki domowej lekarza, zostało załatwione odmownie.

2. Prezydent zawiadamia Izbę, że Wydział czynił usilne starania, aby przy obsadzaniu posad lekarzy w dwóch nowo powstałych zawodowych Kasach chorych (rzeźników i fiakrów) zarządy tychże kas zasięgnęły poprzód opinii Wydziału Izby; posady te jednak zostałe nadane bez porozumienia się z Izbą.

3. Prezydent zdaje sprawę z przebiegu obrad VII-go wiecu Izb, który się odbył w Czerniowcach dnia 7 września b. r. Izba wiedeńska wystąpiła z wnioskami zaostrzenia władzy dyscyplinarnej Izb przez możność zawieszenia lekarza w wykonywaniu praktyki lekarskiej. Prezydent prosi członków Izby o wyrażenie raz jeszcze swego zdania w tej sprawie. Po dyskusyi, w której zabierali głos: Dr. Smolarski, Dr. Wysocki, Dr. Pisek i Dr. Żukowski, oświadczyła się Izba przeciw wnioskom Izby wiedeńskiej.

4. W okresie sprawozdawczym uwolniono od opłaty: w całości dwóch lekarzy, w połowie dwóch i od $^2/_3$ części 8 lekarzy. Zapomóg udzielono: jedną w kwocie 200 koron, jedną 150 koron, i jedną w kwocie 100 koron.

5. Sprawozdanie Rady honorowej:

a) w jednym przypadku, odstąpionym przez komendę X-go korpusu, o wydanie nieprawdziwego świadectwa przez lekarza, wydała Rada honorowa wyrok uwalniający od winy,

b) w sprawie, odstąpionej przez c. k. Sąd, w której podejrzywano trzech lekarzy o współudział w wywołaniu poronienia, wydano wyrok uwalniający,

c) w sprawie nieudzielenia przez lekarza pomocy rodzącej (odstąp. przez c. k. Sąd), wydano również wyrok uniewinniający,

d) zatarg między dwoma lekarzami o posadę lekarza w Kasie chorych rozstrzygnięto, udzielając jednemu z nich upomnienia,

e) za licytowanie *in minus* posady lekarza miejskiego skazano jednego lekarza na grzywnę w kwocie 100 koron,

f) w jednym przypadku udzielono upomnienia,

g) w jednym przypadku udzielono nagany.

Sprawozdanie przyjęto bez dyskusyi.

II. Sprawozdanie Komisyi rewizyjnej. Imieniem Komisyi wnosi Dr. Lutyński udzielenie absolutoryum i podziękowania skarbnikowi Izby. Udzielono. Dr. Lutyński wnosi wyrażenie podziękowania ustępującemu prezydentowi i Wydziałowi. Uchwalono.

Dr. Papeé sekretarz. *Dr. Festenburg* prezydent.

I. Posiedzenie nowo wybranej Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej odbyło się dnia 18 października 1902 r.

Dr. Festenburg odczytał wynik wyborów do Izby, odbytych dnia 8 lipca 1902 i zawiadomił Izbę, że z powodu nieprzyjęcia mandatów przez Dra Muszkieta i Dra Jajusa, tudzież z powodu zrzeczenia się mandatu zastępcy członka przez Dra Piseka, który został wybrany członkiem, rozpisane będą w ich miejsce wybory uzupełniające.

Następnie przystąpiła Izba do ukonstytuowania się: Prezydentem wybrano ponownie Dra Festenburga, wiceprezydentem profesora Marsa; członkami Wydziału: Dra Mehrera, Dra Papeégo i Dra Piseka — wszyscy ze Lwowa. Delegatem do krajowej Rady zdrowia prof. Dra Marsa, zastępcą delegata Dra Biegelmayera z Sambora; zastępcami członków Wydziału: Dra Sołowija i Dra Sztembartha ze Lwowa.

Dr. Papeé sekretarz. *Dr. Festenburg* prezydent.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków, dnia 30. października.

* Towarzystwo lekarskie krakowskie odbyło dnia wczorajszego posiedzenie nadzwyczajne, na którem koledzy: Prof. Bujwid i Dr. Gertler mieli wykład »O surowicy przeciwpłoniczej, wytworzonej w Zakładzie higieny w latach 1895—1897 i o wynikach leczenia płonicy na podstawie doświadczeń, poczynionych w oddziale chorób zakaźnych szpitala św. Ludwika".

W rozprawach zabierali głos koledzy: prof. Jakubowski, Dr. Lewkowicz, Droba, Nowak, Ciechanowski i oba prelegenci.

* Uzupełniające wybory do Izb lekarskich zachodnio- i wschodnio-galicyjskiej odbędą się dnia 6 listopada.

* Kursa dla lekarzy, zarządzone przez Wydział lekarski we Lwowie, zgromadziły około 30 osób, przybyłych przeważnie z poza granic Galicyi. Sumienne i celowi odpowiednie traktowanie tych kursów przez pp. profesorów przyczyniło się do zupełnego ich powodzenia i dziś możemy twierdzić, że instytucya kursów dla lekarzy w obu wszechnicach galicyjskich stanęła ostatecznie na trwałym gruncie.

* (G). Biblioteka Towarzystwa lekarskiego otrzymała:

1) od prof. Dra Kleckiego kilkaset poszytów różnych czasopism polskich i niemieckich.

2) od Dra A. Silbersteina 14 tomów różnych dzieł po ś. p Drze Drobnerze.

Za nadesłane dary składam ofiarodawcom serdeczne podziękowanie. *Dr. Leon Konrad Gliński,* Bibliot. Tow. lek. krak.

* Dr. J. Zanietowski (jun.) osiadł w Cirkvenicy i oddaje się wykonawstwu z zakresu chorób nerwowych w Zakładzie Dr. Ebersa (Therapia).

* Namiestnictwo austryackich krajów przymorskich wydało rozporządzenie do sanitarnej policyi portowej, ażeby zwracano uwagę na zdrowie wychodźców, powracających z Brazylii, a to ze względu na to, że wielu z nich cierpi na tegoryjca *(ancylostoma).* W razie stwierdzenia objawów tej choroby władze zobowiązane są zrobić doniesienie urzędowe, a chorego umieścić w szpitalu.

W ostatnich 3 latach stwierdzono w lwowskiej klinice dwa przypadki tęgoryjca, zawleczone również z Brazylii, które zostały opisane w »Przeglądzie lekarskim«. Autorowie tych prac, prof. Gluziński i Dr. Zawadzki, już wtenczas nawoływali władzę do zarządzeń sanitarno-policyjnych w portach austryackich.

* Myśl, rzucona przez Baccellego na Kongresie w Neapolu o stałej międzynarodowej organizacyi walki z gruźlicą, ziściła się na obecnej konferencyi w Berlinie, w której wzięli udział przedstawiciele rządu i nauki wszystkich krajów europejskich. Francya

wysłała 20 członków, między nimi Brouardela, Landouzyego, Nocarta, Arloinga, Calmettea i. t d.; Anglię reprezentują: Williams, Raw, Heron, i inni; Rosyę: Unterberger, Tryczel, Scherwiński i in.; Włochy: Maragliano, Cozzolino, Rubino i in.; Austryę: Kusý, Schrötter. Winternitz i in.; Szwajcaryę: Turban, Egger i in. i t. d. Bogata wystawa, zostająca w związku z celem konferencyi, podnosi jej znaczenie. Sądząc z tyle zasłużonych w nauce nazwisk członków tej konferencyi, wnosić należy o doniosłości naukowej prac, które zostaną wygłoszone. Członkowie konferencyi zwiedzą wzorowe zakłady w Beelitz i Belzig, a w końcu na zaproszenie Behringa udadzą się do Marburga, dla zwiedzenia jego urządzeń, służących do studyów nad gruźlicą zwierząt.

* Wydział krajowy mianował dyrektorem szpitala powszechnego w Tarnowie Dra Włodzimierza Rogalskiego.

* Przyszły międzynarodowy Kongres dla walki z gruźlicą odbędzie się w Paryżu 1903 r.

* Międzynarodowy Kongres otologów, który miał się odbyć w Bordeaux r. 1903, z powodu Kongresu w Madrycie, został odłożony na rok 1904.

* W Berlinie z początkiem r. 1903 zacznie wychodzić czasopismo »Soziale Praxis« pod redakcyą prof. Dra E. Franckego. Osobną rubrykę, poświęconą sprawom lekarskim, p. t.: »Soziale Medizin«, prowadzić będzie Dr. Moritz Fürst z Hamburga, który w programowym artykule zapowiedział, że przedstawi i udowodni, jak wielkim czynnikiem dla rozwoju socyalnej reformy stał się lekarz i jak ważną i pożyteczną jest rzeczą zjednać jak najwięcej dzielnych lekarzy dla pomyślnego rozwoju przeobrażeń społecznych.

* Między 15 a 21 października doniesiono władzy o nowych przypadkach duru osutkowego w Galicyi, mianowicie: w mieście Lwowie 1 p. i w powiatach: horodeńskim (2 gm.), jaworowskim (1 gm.), rawskim (1 gm,).

Mianowania i odznaczenia. Mianowani w Moskwie: Dr. Pawlinow profesorem kliniki lekarskiej; Dr. Rein profesorem nadzwycz. operacyjnej chirurgii i topograficznej anatomii. Dr. Aschoff mianow. został prof. anatomii patol. w Marburgu w miejsce Ribberta. Tytuł profesorski otrzymali docenci: Jacob i Michaelis z kliniki Leydena w Berlinie.

Nekrologia. Dr. Stanisław Lelewicz. l. 51, lekarz powiatu suwalskiego, zmarł w Warszawie. Dr. Bronisław Szpakowski, psychiatra, zmarł w Odesie w 51 r. życia. Dr. Bockendahl prof. nadzw. sądowej medycyny w Kilonii, zmarł licząc lat 76. Dr. H. Schwanert, prof. chemii i farmacyi, zmarł w Gryfii w 74 r. życia. Dr. Laroyenne, prof. kliniki ginekologicznej, zmarł w Lugdunie.

Bibliografia:

Odczyty kliniczne Nr. 162, 163, 164 i 165. Gajkiewicz: O źrenicy w stanie zdrowia i choroby.

— *Medycyna* Nr. 43. Raszkes: Przyczynek do kwestyi ciąży śródmiąższowej (dok.). Wizel: Przypadek fenomenalnych zdolności rachunkowych u głuptasa (dok.).

— *Kronika lekarska* Nr. 20. Otto: Kryoskopia i zastosowanie jej w chorobach serca i nerek (dok.). Themerson: Przypadek odmy podskórnej ex aspiratione (*emphysema subcutaneum*) po silnem stłuczeniu klatki piersiowej.

— *Gazeta lekarska* Nr. 43. Halpern: O własnościach hemolitycznych surowicy ludzkiej. L. Nencki i Nussbaum: O znaczeniu fizyologicznem i higienicznem przypraw pokarmowych i tak zwanych używek ze szczególnem uwzględnieniem napojów wyskokowych.

— *Časopis lékařů českých* Nr. 43. Maixner: Jan Bohumil Eiselt. Krátká historie Pražské lekařské fakulty. Hippokratismus ve vnitřni medicině. (c. d.) Bukovský: Lichen ruber moniliformis (acuminatus corneus et planus) (dok.).

— *La Presse médicale* Nr. 84. Labbé: Zmienność zasadowości krwi. Mally: Urządzenia elektro-terapeutyczne w szkole Clermont-Ferrand.

Nr. 85. Ferrier i Raymond: O zeszywaniu serca. Romme: Higiena zawodowa. Poszukiwacze złota w Guyanie francuskiej.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 42. Jolly: Mroczki i migrena. Krause: Leczenie hetolem gruźlicy płuc i krtani. Aronson: Badania nad surowicą łańcuszkowcową i przeciwłańcuszkowcową. Levinsohn: Przyczyna jaskry pierwotnej (dok.).

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 42. Pässler i Rolly: Doświadczalne badania istoty zaburzeń krwiobiegu w zapadzie występującym w przebiegu ostrych chorób zakaźnych. Wiener: Dwa dalsze przypadki pęknięcia macicy, wyleczone drogą operacyjną. Fels: Przypadek wrodzonego torbiela nerki z krwiakiem przynerkowym u zakażonego przymiotem. Gebele: Dalsze uwagi nad atropiną. Aronheim: Działanie atropiny na jelita. Moritz: O ciałach białkowatych w wypocinach, strącalnych za pomocą kwasu octowego. Kehr: Rzut oka na 720 laparotomij z powodu kamieni żółciowych z szczególnem uwzględnieniem 90 przypadków sączkowania przewodu wątrobowego (c. d.). Feyfer i Kayser: Endemia „paratyfusu". (dok.). Theilhaber: Przyczyny, objawy i leczenie niewydolności macicy nie ciężarnej.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 43. Pineles: Tyreoplazya i dziecięcy obrzęk śluzakowy. Leiner: O tak zwanej płonicowatej osutce surowiczej w błonicy. Kirchmayr: Przyczynek do etyologii skręcenia jelit cienkich.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 43. Obrastzow: O obmacywaniu odźwiernika. Glaser: Znaczenie prątka durowego w chorobach narządu oddechowego, wikłających dur brzuszny, jego występowanie w plwocinie. Cuno: Przebieg i przyczyny epidemicznej błonicy szpitalnej. Weil: Znaczenie zaczopowania smółką u noworodków. Gerson: Wyskok mydlany, jako środek dla odkażania narzędzi lekarskich.

Redakcya otrzymała. Lachs: Medycyna i religia. Papée: Sprawozdanie Wydziału Izby lekarskiej wschodnio-galicyjskiej (od 1 stycznia 1900 do 1 lipca 1902 r.) Beck: 1) Aus einer Discussion über Apendicitis. 2) The pathology of the tissue changes caused by the Röntgen rays, with special reference to the treatment of malignant growths. 3) On the treatment of fracture of the anatomical neck of the humerus by the aid of the Röntgen Rays. 4) The modern treatment of fractures of the lower end of the radius, as indicated by the Röntgen Rays.

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we środę, dnia 5 października, o godzinie 6-tej wieczorem, ***w sali wykładowej prof. Szajnochy,*** posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące wykłady: 1) kol. Eisenberg: „O powstaniu obrzęku złośliwego w skutek wstrzykiwań żelatyny", 2) kol. Bier: „O organizacyi urzędów lekarskich w większych miastach".

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**

L. 1971. **KONKURSY.**

Wydział Rady powiatowej Żydaczowskiej rozpisuje Konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Nowemsiole** z płacą roczną 1000 koron i ryczałtem na objazdy służbowe 600 kor. rocznie.

Okręg sanitarny obejmuje gminy: Nowesioło, Obłażica, Żyrawę, Izydorówkę, Sulatycze, Balicze podróżne i zarzeczne, Machliniec, Hanowce, Rudę, Juseptycze, Krechów, Łówczyce, Jajkowce, Mazurówkę, Lubszą i Smuchów.

Lekarz okręgowy obowiązany jest utrzymywać aptekę domową.

Kompetenci prócz dostatecznej fizycznej zdatności mają wykazać następujące warunki:

1. Prawo obywatelstwa austryackiego,
2. Dyplom doktora medycyny,
3. Nieskazitelny charakter,
4. Znajomość języków krajowych,
5. Praktyka lekarska przynajmniej dwuletnia.

Między Kandydatami mają pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią praktyką lekarską w szpitalu powszechnym lub egzaminem fizykackim.

Podania wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej najpóźniej do dnia 30. listopada 1902.

Żydaczów, dnia 19. września 1902

L. 1678.

Wydział Rady powiatowej w Skałacie rozpisuje niniejszem konkurs na posadę lekarza okręgowego **w Toustem** z płacą roczną 1.000 K. i ryczałtem na koszta podróży 600 K.

Do okręgu tego przydzielone są następujące miejscowości: Touste, Kataharówka, Wolica, Sadzawki, Krasne, Przekalec, Kąt touzecki, Nowosiołka grzymałowska, Boski małe, Rasztowce, Dubkowce i Soroka.

Lekarz okręgowy jest obowiązany utrzymywać aptekę domową.

Podanie o posadę tę wnosić należy do Wydziału Rady powiatowej w Skałacie do dnia 8 listopada 1902 i zaopatrzyć w załączniki udowadniające:

1) Dostateczną fizyczną zdolność petenta.
2) Prawo obywatelstwa austryackiego.
3) Dyplom Doktora medycyny uprawniający do wykonywania praktyki lekarskiej.
4) Nieskazitelny charakter.
5) Znajomość języków krajowych.
6) Praktykę najmniej dwuletnią w zawodzie lekarskim

Między kandydatami będą mieli pierwszeństwo ci, którzy wykażą się dwuletnią służbą w Szpitalu powszechnym po uzyskaniu dyplomu doktorskiego, albo egzaminu fizykalnego.

Skałat, dnia 3. października 1902.

L.W. 69.292/1902. **KONKURS.**

Wydział krajowy Królestwa Galicyi i Lodomeryi wraz z Wielkiem Księstwem Krakowskiem rozpisuje niniejszem konkurs na posadę sekundaryusza w szpitalu powszechnym **w Stanisławowie.**

Kandydaci powinni najpóźniej do 15 listopada b. r. wnieść podanie do Wydziału kraj. z dołączeniem:

a) Metryki urodzenia na dowód, że kandydujący nie przekroczył 40 r. życia.

b) Dowodu obywatelstwa austryackiego,

c) Dyplomu doktora wszech nauk lekarskich na jednym z uniwersytetów Monarchii Austryackiej, upoważniającego go do wykonania praktyki lekarskiej.

Do posady tej jest przywiązana płaca 1200 koron rocznie.

We Lwowie, dnia 18 października 1902 r.

Piotrowski.